

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-506717

ND° = 17765

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7714 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAOUZ NAIR-EDDINE

Date de naissance : 26/08/1958

Adresse : WEDINAL, 200.85, RUE ALI, APP° N° 03

7 MARIE EXTENSION CASABLANCA

Tél. : 0674098956 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 01 / 2020

Nom et prénom du malade : Faouzi Rania Age : 14 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Luxation de la hanche gauche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 20 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/01/90	voiture	1	2000	INP : 0911100167

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

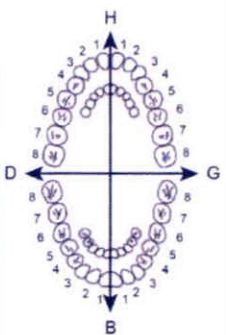
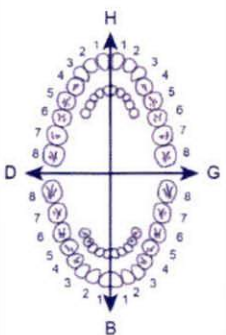
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : FAOUZI RANIA	N° Facture	44	U20A031102
----------------------------	------------	----	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BANDE PROT 15CM (001)	1	50,00	50,00
JERSEY 3 CMX25M (001)	1	50,00	50,00
SCOTCHCAST 10 BLEU (001)	1	150,00	150,00
SCOTCHCAST 12BLEU (001)	1	150,00	150,00
Total pharmacie			400,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 51 28

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 44 / 2020 du 03/01/2020

Nom patient **FAOUZI RANIA**
PAYANT

Entrée 03/01/2020
Sortie 03/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS DE SALLE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
PHARMACIE	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				600,00

DR. CHBIHI WAHOUDI DR (chirurgien pedia)	1,00	K20	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Autres prestations				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 022 23 18 18 - Fax: 022 23 50 28

Le : 03/01/2020

Références

44 / 200103101043010016

PAYANT

Entrée / Sortie : 03/01/2020 - 03/01/2020

Le Dr. CHBIHI WAHOUDI DRISS

présente à . FAOUZI RANIA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
600,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Driss Chbihi Wahoudi
15, av. Amir El Moukhtar
Résidence Rania ET N° 7
ICE N° 00203554900086-IF: 443/605
Tel: 05 22 40 10 59

Cachet et signature