

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'Horloger
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° W19-477579

58407

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 810 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL FANIEL Ahmed

Date de naissance : 01.01.1935

Adresse : Hay Mou Abdelhak Rue 189 N° 14

Tél. : 06 61 10 79 55 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS 03 FEV. 2021]

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 2

Lien de parenté : ☐ lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Fracture perimortuaire 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 : CADR Le : / /

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
06.01.2021
07.01.2021
08.01.2021

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

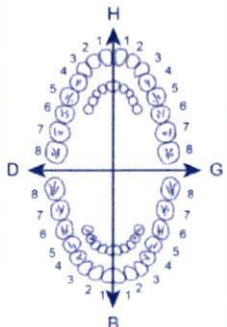
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"/>
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصححة راسين
متعددة الاختصاصات

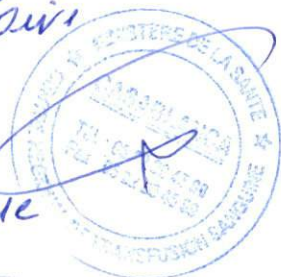
Casablanca, le : 06.01.2021

Pr. BOUHOURI Med Aziz
Anesthésiste-Réanimateur

M EL FADEL AHMED

① culot GLOBE blanc

④ PFC homologue



Pr. BOUHOURI Med Aziz
Anesthésiste-Réanimateur

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصححة راسين

متعددة الاختصاصات

Dr Houda ARSALANE
Anesthésiste-Réanimateur
Tél: 05 22 94 22 66
INP: 091202309

Casablanca, le : 08.01. 2024 الدار البيضاء، في

M. EL FADEL AHMED

2 cu lot G to Su pour





Casablanca, le : 07.01.2021

الدار البيضاء، في

M EL FADEL AHM

Dr. BENLYAZID M'hamed
Anesthésiste-Réanimateur
Rue Massira Casablanca 90

③ culot Globule laur

⑥ PFC homologue theispeut fur

Dr. BENLYAZID M'hamed
Anesthésiste-Réanimateur
Rue Massira Casablanca 90



BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000623321

Date et heure 06/01/2021 - 21:09
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani
CASA
20000

Malade no 0674292
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002450931

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193911209		A +		1	17/02/2021		250

PFC homologue thérapeutique (4H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193924958		A +		1	31/12/2021		220
0005	05193534319		A -		1	31/12/2021		220
0005	05193536410		A +		1	02/01/2022		220
0005	0519353401-		A +		1	31/12/2021		220

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360
4H000 / - PFC homologue thérapeutique	4	880	298/poche	1192

Signature responsable

MOHAMED.B













DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623321

Date et heure: 06/01/2021 - 21:09

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193911209	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 05193924958	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 05193534319	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 05193536410	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 0519353401-	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000623468

Date et heure 07/01/2021 - 13:25
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani
CASA
20000

Malade no 0674292
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002450942

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	0519354404-		A +		1	17/02/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360



Signature responsable

MOUNIA.K



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623468

Date et heure: 07/01/2021 - 13:25

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 0519354404-	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



NUMERO 0000000623646

Malade no 0674292
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002450944

PFC homologue thérapeutique (4H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0006	06208168425		A +		1	09/09/2021		222
0006	0620816730-		A +		1	08/09/2021		220
0006	06206409037		A +		1	12/10/2021		251
0006	06206412084		A +		1	29/09/2021		221
0006	06208166913		A +		1	08/09/2021		308
0006	06206410126		A +		1	15/09/2021		285

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193911495		A +		1	18/02/2021		250
0005	05193815882		A +		1	17/02/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
4H000 / - PFC homologue thérapeutique	6	1507	298/poche	1788
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720



Signature responsable

SAID.A

DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623646

Date et heure: 07/01/2021 - 18:42

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 06208168425	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 0620816730-	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 06206409037	



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623646

Date et heure 07/01/2021 - 18:42

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 06206412084	
	PFC homologue thérapeutique	 06208166913	
	PFC homologue thérapeutique	 06206410126	
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193911495	
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193815882	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000623749

Date et heure 08/01/2021 - 09:46
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani
CASA
20000

Malade no 0674292
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002450950

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193911698		A +		1	18/02/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable

SAID.A



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623749

Date et heure: 08/01/2021 - 09:46

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193911698	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000623859

Date et heure 08/01/2021 - 14:16
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani
CASA
20000

Malade no 0674292
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002418251

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193545245		A +		1	18/02/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable

MOHAMED.R



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623859

Date et heure: 08/01/2021 - 14:16

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193545245	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):

