

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

Declaration de Maladie

N° W19-570456

61765

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12579 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABULFAIDA AMINE

Date de naissance : 14/01/1988

Adresse : ville verte bouskoura, 41 casa green town
Bouskoura Nouacer

Tél. : 0661669490 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Nature de la maladie :

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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	
26/02/21		V ₁₀	500 000 100 000	[Signature] [Stamp]	

Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale
Cameroon
N° 98765

EXECUTION DES ORDONNANCES:

[illegible][illegible][illegible]

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					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
 H ↑ 1 2 3 4 5 6 7 8 ↓ B ← D → G				COEFFICIENT DES TRAVAUX _ _ _ _	
					MONTANTS DES SOINS _ _ _ _
					DEBUT D'EXECUTION _ _ _ _
				FIN D'EXECUTION _ _ _ _	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
 H ↑ 1 2 3 4 5 6 7 8 ↓ B ← D → G	H 25533412 / 21433552 00000000 / 00000000 <hr style="margin: 0;"/> D G 00000000 / 00000000 35533411 / 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX _ _ _ _		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS _ _ _ _	
			DATE DU DEVIS _ _ _ _		
			DATE DE L'EXECUTION _ _ _ _		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 26/02/2024

NOTE D'HONORAIRE

Dr. Jaouad Chouaib
Chirurgien Pédiatre
235 Bd. Yacoub El Mansour
Rés. Al Anfale B3 Appt. 9
Tél Cabinet : 05 22 84 53 35
Tél Urgence : 06 61 31 10 87

Le Docteur.....

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

ABOU EL SAÏD MANSOUR

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire.

Soit la somme de # 500,00# DHS.

Dr. Jaouad Chouaib
Chirurgien Pédiatre
235 Bd. Yacoub El Mansour
Rés. Al Anfale B3 Appt. 9
Tél Cabinet : 05 22 84 53 35
Tél Urgence : 06 61 31 10 87

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 26/02/2021

Pré-Facture N° 70190		Etablie par BOUCHRA ACCUEIL		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X1B262515	<i>ABOU EL FAIDA</i> MUPRAS	N° Identifiant : 21021596/21			
Nom & Prénom : ABOU EL-FAYD MAJD					
C.I.N. : MCN	Date Début : 26/02/2021	Date Fin : 26/02/2021			
Adresse : CASA					
Traitement :		Médecin : CHOUAIB JAOUAD			
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
PARTIE CLINIQUE :					100,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. CHOUAIB JAOUAD (PEDIATRE)	1	500,00			500,00
Total Rubrique :					500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					500,00
TOTAL FACTURE					600,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Six cents Dirhams

Cachet et signature

