

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

Déclaration : contact@mupras.com
Demande en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle 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

0661 541885
Déclaration de Maladie
N° M21- 0004804

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4638 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELAMARI ABDELMOJID
Date de naissance : 08/12/1958
Adresse : 09, Bd Driiss Slaoui, Lot Andalouse Val d'Arfa.
CASABLANCA
Tél. : 0661541885 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Faouzi TAZI
Anesthésie - Réanimation
Clinique de Val d'Arfa
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Intoxication Alimentaire
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



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

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 Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

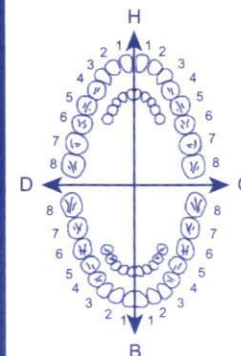
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION



Casablanca, le

20/05/12

El Amani Pina

300,000

Trois Cent dix-huit

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 022.39.67.87 - 022.39.60.10 /
022.39.69.36 / 37
Fax: 022.39.14.12

Dr. FAOUZI TAZI
Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19, Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 1358 / 2021 du 20/05/2021

Nom patient **EL AMARI LINA**
PAYANT

Entrée 19/05/2021

Sortie 20/05/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR NORMAL	1.00		400.00	400.00
SUPPLEMENT CHAMBRE INDIVIDUELLE	1.00		800.00	800.00
ACCOMPAGNANT	1.00		200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	1 400.00
PHARMACIE	1.00		162.13	162.13
			<i>Sous-Total</i>	162.13
Total Clinique				1 562.13

PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	1.00	K	300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
Total Autres prestations				300.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DEUX DIRHAMS TREIZE CENTIMES	Total	1 862.13

Payé en Espèces
Le 20/5/21

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 022.36.87.87 / 022.39.60.10 / 13
022.39.69.36 / 37
Fax: 022.39.14.39



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom et Prénom : Mme EL Amen Lina

Date de Naissance :

Matricule :

Date d'entrée : DU 19/05/14 AU 20/05/14

HOSPITALISATION :

Réanimation du Au

Soins intensifs du Au

Séjour normal du Au

MOTIF D'HOSPITALISATION

Douleurs abdominales + diarrhées ++
vomissements
Apyrexie
prise d'éléments urinaux

ANTECEDENTS :

Aucun

Conclusion examen clinique initial :

Intoxication alcoolique

Explorations para cliniques :

favorable sans traitement

Evolution pendant le séjour :

RAS

Préscription d'ordre thérapeutique :

- Clopamide - Modium
- ~~Spasfon~~ Spasfon
- orlauschem
- xanax

Diagnostic de SORTIE

Intoxication alcoolique

Prescriptions établies à la sortie du patient :

- Spasfon
- Modium
- Clopamide
- orlauschem

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Dr. FAOUZI TAZI
Anesthésiste - Réanimation
Clinique de la Vieillesse

CLINIQUE VAL D'ANFA
MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)52239143
Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : EL AMARI LINA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	M.BENAGUIDA/F.TAZI	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	19/05/2021	
Date sortie	20/05/2021	12:29
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : REC 24/05/2021 10:04 210519230251RE-001		

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Bd Franklin Roosevelt
C.A. VAL D'ANFA
Tél: 022.39.69.36 / 37
Fax: 022.39.14.39

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : EL AMARI LINA	N° Facture 1 358	210519230251RE-001
-----------------------------	------------------	--------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CLOPRAME 10mg/10am IJJ (10)	1	2.23	2.23
IMODIUM 2MG CP (20)	1	1.52	1.52
NO SPA40MG/5AMP	2	6.40	12.80
OMEPRAZOLE NORMO 40mg INJ (01)	2	29.90	59.80
ONDANSETRON 83G/4ML/50	1	46.24	46.24
XANAX 0.5mg CP (30)	1	1.34	1.34
Sous-Total médicaments			123.93
BANDELETTE WELLION	1	3.00	3.00
LANCETTE DE GLUCOT (100)	1	0.80	0.80
PERFUSEUR (001)	1	13.50	13.50
SERINGUE 10CC (001)	2	3.70	7.40
VENFLON G22 (001)	1	13.50	13.50
Sous-Total consommable médical			38.20
Total pharmacie			162.13

CLINIQUE DU VAL D'ANNE
19 Rue Franklin Roosevelt
C.A.S. 92200 BLANCO
Tél: 022.36.87.87 - 022.36.87.87
Fax: 022.36.87.87