

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-658996

31928

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUNA

Date de naissance : 12/04/79

Adresse :

Tél. : 0600643193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2022

Nom et prénom du malade : TAFROUTE AYA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

alt. que ck ps-ique

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) :

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

Autorisation CNDD N° A.A.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
15/10 2011	Vou FN ^e	12699	330,52	INP : [] [] [] [] [] Hôpital Universitaire International de Khartoum Dr KHAYOUR ABINE Médecin Urgence <i>[Signature]</i>

[illegible][illegible]

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"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

15/10/2021
14:54

Nom Patient : TAFROUTE AYA

Numéro dossier : 2100188771

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/10/2021	MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG 5MG INJECTA (10	0	1,00	7.87	7.87
15/10/2021	INTRANULE G 20	0	1,00	2.37	2.37
15/10/2021	SERINGUE 10ML	0	1,00	0.84	0.84
15/10/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
15/10/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
15/10/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	6.41	6.41
15/10/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
15/10/2021	INTRANULE G 22	0	1,00	2.37	2.37
15/10/2021	SPARADRAP TEGADERM 3M 6X7CM	0	1,00	4.11	4.11
15/10/2021	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS (1)	39356	1,00	3.77	3.77
Total pharmacie					30.52

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences P
090063729

F A C T U R E

2100188771

N° : 13699 / 2021 du 15/10/2021

Nom patient	TAFROUTE AYA	Entrée	15/10/2021
	PAYANTS	Sortie	15/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
PHARMACIE	1.00		30.52	30.52
			<i>Sous-Total</i>	30.52
Total Clinique				330.52

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENT TRENTE DIRHAMS CINQUANTE-DEUX CENTIMES	Total 330.52





210930220608BE

3359

15 octobre 2021

Mme TAFROUTE AYA

ORDONNANCE

1/ OXYMAG

1 cp / jr

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr KHALOU Amine
Médecin Urgentiste
090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 www.hm6.ma



090063728