

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-662894

1a2693

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10726 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : NASSIB NOURA

Nom & Prénom : 31-05-1974

Date de naissance : 31-05-1974

Adresse :

Tél. : 0664868064 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2022

Nom et prénom du malade : Amama Biapen Age :

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

Nature de la maladie : Rhumatisme

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 : 07/02/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
31/01/2022	CS		309,00	INPE : 0912111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Orient Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 75 51	31/11/22	285,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

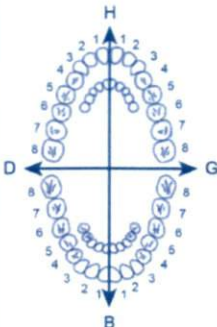
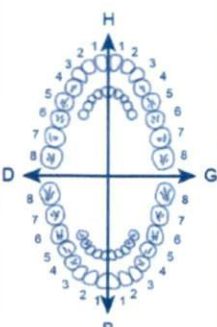
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				MONTANTS DES SOINS [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				DEBUT D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				FIN D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le 31/01/22

Amama yonis jad.
9840x2
1/ OROKEN - sirop ou ofiken
sirop enfant
1 dose de 32 x 2/j.
7j.

99,00
2/ Eradefen par.
1 sachet/j. 7j.

PHARMACIE EL ORIENT
Mme YOUSSEF EL MONSIEUR - Casablanca
213, Bd. Yacoub El Monsiour - Casablanca
Tél: 0522 23 75 51

28580

PHARMACIE EL ORIENT
Mme LAKH
213, Bd. Yacoub El Monsiour - Casablanca
Tél: 0522 23 75 51

Lot: 121514
Date de Fab: 09.2021
Date de Pér: 09.2023
PPC: 99 Dhs

OFIKEN 100 mg / 5 ml
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 60 ml
PPV : 93,40 DH Remboursable AMO
6 118000 022367

OFIKEN 100 mg / 5 ml
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 50 ml
Remboursable AMO
6 118000 022367

93,40

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 31-01-2022

Facture N° 02141/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22A31165633

N° Identifiant : 016558/22

Nom & Prénom : Enf. AMAMA YANIS JAD

C.I.N :

Adresse : N 52 LOT EL ARZ ENNASSIM

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 31-01-2022

Date Sortie : 31-01-2022

Médecin traitant : DR. KOURIME MARIAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690

CLINIQUE ATFAL

PAIEMENT EFFECTUE
PAR : NASSIB LARBI
PATIENT : Enf.
MAMA YANIS JAD

N° DOS :
ATF22A31165633
Sejour : Du 31/01/202
au 31/01/2022
MT : Dr. KOURIME
MARIAM



Reçu N°: 22142

Paiement du 31/01/2022 17h27

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : WADI ZINEB Le 31/01/2022 17h