

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-671025

1.03422

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 12023 Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : EL GAOUZI HAJAR

Date de naissance : 09/06/1989

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661 399 061 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Abdelmajid MOUSSAOUI
Professeur d'Anesthésie Réanimation
Clinique des Nations Unies
INPE : 101099182

Date de consultation : 16/12/2021

Nom et prénom du malade : EL GAOUZI Hajar Age : 39 Ans

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

Nature de la maladie : crise d'angoisse

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 : RT Le : 16/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

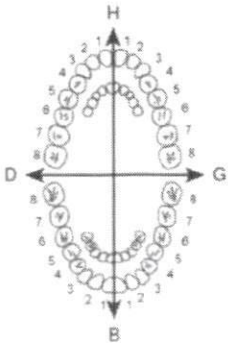
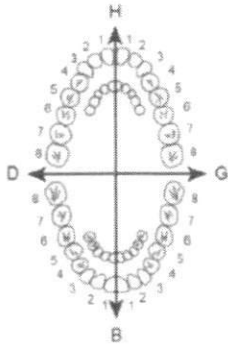
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 de l'O.D.F.

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D ————— 0000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 G ————— 0000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <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



مصحة الأمم المتحدة Clinique des Nations Unies

F A C T U R E

N° : 11262 / 2021 du 16/12/2021

Nom patient **EL GAOUZI HAJAR**
PAYANT

Entrée 16/12/2021

Sortie 16/12/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PERFUSION	1.00	K5	235.00	235.00
			Sous-Total	235.00
PHARMACIE	1.00		65.00	65.00
			Sous-Total	65.00
			Total Clinique	
			300.00	

DR. MOUSSAOUI ABDELMA (anest.reanimat)	1.00	VS	300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
			Total Autres prestations	
			300.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	235.00
SIX CENTS DIRHAMS		600.00
PHARMACIE		65.00
		55.00
		300.00

DR. MOUSSAOUI ABDELMA (anest.reanimat)	1.00	VS	300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
			Total Autres prestations	
			300.00	
PERFUSION	1.00	K5	235.00	235.00
			Sous-Total	235.00
PHARMACIE	1.00		65.00	65.00
			Sous-Total	65.00
			Total Clinique	
			300.00	

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR		N° Facture 11 262	H2111270
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie			65.00

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR		N° Facture 11 262	H2111270
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie			65.00

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR		N° Facture 11 262	H2111270
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie			65.00

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR		N° Facture 11 262	H2111270
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie			65.00

PAYANT

Nom patient : EL GAOUZI HAJAR		N° Facture 11 262	H2111270
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CALCIUM-SANDOZ 5ml inj (10)	1	8.20	8.20
INTRANULE 14 (001)	1	20.93	20.93
MIDAZOLAM 5MG/5ML AGUET. INJ.(10)	1	7.87	7.87
PERFUSEUR (001)	1	15.00	15.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	1	9.00	9.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie			65.00