

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-661474

110664



Maladie



Dentaire



Optique



Al

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TASHALI ABDERRAHMANE  
 Date de naissance : 14/11/66  
 Adresse : 52 Rue SAN MOULIM ETAR Apt 13  
 Ou Burger Manif Casa  
 Tél. : 0675502215 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Tashali Mohamed Chouk Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Crise d'asthme  
 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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
18/03/22	CS		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
PHARMACIE D'ACCUEIL Docteur Rachid 38, lot Al Othmania Sidi Moussa Casablanca - Tél.: 0527 78 30 00	18/03/22	119,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

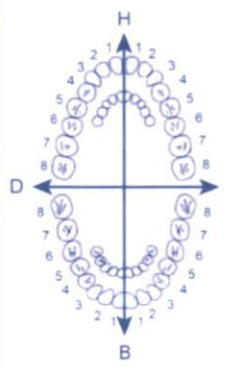
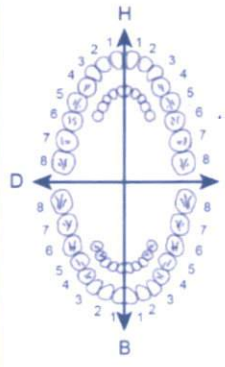
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CLINIQUE D'ACCUEIL 50, Bd. A. d'Alger - Casablanca Tél.: 0522 23 12 26 - 0900 00 00	18/03/22		voir facture			300,00

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le 18/03/22

*Handwritten signature*

*Handwritten notes:*  
Som 2mm  
89/4  
2/4

30,00

*Handwritten:* Retardation (S.V)  
2/4 par le médecin à 04/03

*Handwritten:* Apical spig (S.V)

*Handwritten:* 89,50 pulsw b - à 03/ à 05/03

*Handwritten:* T = 119,50

PHARMACIE DAOUSS  
Daoussi Rachid  
Droguier en Pharmacie  
38, Lot Al Qods, Sidi Maarou  
Casablanca - Tél.: 0522 52 44 68

Dr. ROCHD BENMERZOUK  
Pediatre  
Bd. Al Qods, Lot Al Majd  
Imm. A 1<sup>er</sup> Etage N° 4  
Inara, Ain Chock - Tél.: 0522 52 44 68



8 032578 479683

**LOT**

210915



2024/12

PPC : 89,50 DH

**LOT : 4156**  
**UT. AV : 10 - 23**  
**P.P.V : 30 DH 00**

**Bétastine 0,05%, solution**  
buvable, flacon de 50ml



6 118000 091806



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 18-03-2022

Facture N° 04816/22

## A. Identification

N° Dossier : ATF22C18071756

N° Identifiant : 008334/21

Nom & Prénom : Enf. TARHALI MOHAMED CHOAB

C.I.N :

Adresse : 52 RUE KOUTAIBA IBN MOUSLIM ETG 2 APPT 13 AT BURGER

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-03-2022

Date Sortie : 18-03-2022

Médecin traitant : DR . BENMERZOUK ROCHD

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	NEBULISATION		300,00			300,00
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						600,00
PARTIE CLINIQUE :						600,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL			600,00

SIX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28