

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

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° W21-706758

112868

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3336 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HAMDOUCHI JOHANNES
 Date de naissance : 20/01/1960
 Adresse : 775 APP 1 BOULEVARD NASSIR
 AYNASSIR CASAB
 Tél. : 066677418 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/03/2022
 Nom et prénom du malade : EL HAMDOUCHI JOHANNES Age : 62
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme
 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 : 20/04/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W21-706758

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3336
 Nom de l'adhérent(e) : JOHANNES
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

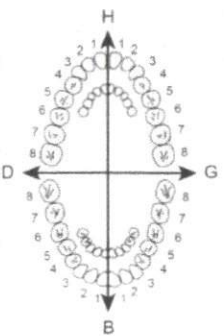
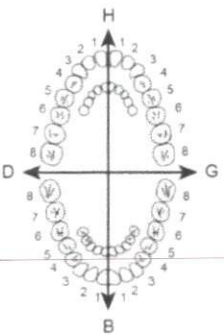
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/03/11	Van de Ven		3.011	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.03.2011	297.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/03/11		4.000,00

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

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []															
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ASSALAM

Multi-disciplinaire



مصلحة السلام

متعددة الاختصاصات

ORDONNANCE

Nador, Le 31/03/22

Nom et prénom Elham Sami Ahmed

AMM N° 52807DMP/21UNRO/R1
N° Lot 1TJ550
Fab. 02/2021
Per. 02/2024

P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

11 51,40 Divido 7

1 cp x 21

21 30,00 Tracet

1 cp x 21

31 180,00 R-zm 40m

1 gel

41 36,00 Feldene

297,40

1 cp x 21

CLINIQUE ASSALAM
Multi-disciplinaire
Quartier Al Matar - Nador
Tél: +212 5 36 60 03 93 / Fax: +212 5 36 60 00 62 E-mail: Cliniqueassalam2019@gmail.com

30pp

20

LOT : 618
PER : 06/24
PPV : 180,00 DH

FELDENE® Gel
PIROXICAM 0,5 %
LOT 253
PER 36,00
P.P.V.





Compte Rendu
Rx de l'épaule Gauche
Face :

Résultats:

- Pas de fractures
- Pas de calcifications dans l'espace sous acromial.
- Pas de lésions tendineuses
- Pas de lésions cartilagineuses.

Conclusion: Rx face de l'épaule gauche Normale.

Dr. EL HACHIMI
Médecin Spécialiste
en Anesthésie et Réanimation
CLINIQUE ASSALAM - NADOR
INPE : 131198241

CLINIQUE ASSALAM
Multi-disciplinaire
Quartier Al Matar - NADOR
Tél : +212 5 36 38 00 31 / Fax : +212 5 36 38 00 62
INPE 020063068



CLINIQUE ASSALAM

Quartier Almatar (près de la cour d'appel) NADOR
+212 5 36 60 03 93/+212 5 36 38 00 31

080063068



F A C T U R E

N° 827 C/ 2022 du 31/03/2022

Nom patient	EL HAMDOUCHI MOHAMMED	Entrée 19/03/2022	Sortie 31/03/2022
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
RADIOLOGIE	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	700,00
Total Frais Clinique				700,00

	Total général	700,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	700,00				700,00	0,00



Compte rendu
Rx du pied gauche:

Resultats:

- Pas de calcifications
- Pas de fractures
- Pas de luxation plantaire ou dorsale.

Conclusion: Rx du pied gauche Normale.

CLASSEUR ASSALAM - NADOR
N° : 131198244

CLINIQUE ASSALAM
Multi-disciplinaire
quartier Al Matar - NADOR
Tel +212 536 38 00 31 / Fax +212 536 38 00 6
INPE 039063069

