

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° M21- 0053969

118155

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9283 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIH Laïla

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 13 81 43 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Cause d'Accident

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 : CASABLANCA Le : 13/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP 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
13.05.2022	Un facture		13504	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

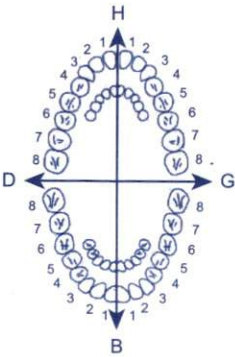
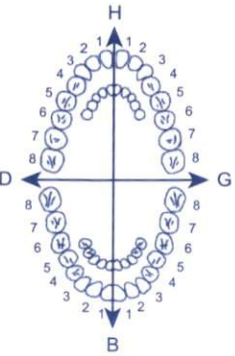
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																								
				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																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
			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

FACTURE

N° 2 184 / 2022 du 13/05/2022

Nom patient	IRAQI HOUSSAINI WALID	Entrée 13/05/2022	Sortie 13/05/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ACTE PERFUSION	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
PHARMACIE	1,00		87,00	87,00
			Sous-Total	87,00
Total Frais Clinique				237,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	1,00	V3	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	537,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS		537,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		537,00		537,00	0,00

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

Le : 13/05/2022

Références 2184 / PAYANT

Entrée / Sortie : 13/05/2022 - 13/05/2022

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mr IRAQI HOUSSAINI WALID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

Dr. M. IDRISSE CAITOUNI
Anesthésiste - Réanimateur

Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : IRAQI HOUSSAINI WALID	N° Facture	2 184	U570522
--	-------------------	--------------	----------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CLOPRAME 10mg INJ (10)	2	2,00	4,00
MIDAZOLAM 50MG/1 INJ (10)	1	48,00	48,00
Sous-Total médicaments			52,00
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	10,00	10,00
PERFUSEUR (001)	1	20,00	20,00
SERINGUE 10 CC (001)	1	5,00	5,00
Sous-Total consommable médical			35,00
Total pharmacie			87,00

Polyclinique Atlas
ACCUEIL

27, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 13/05/2022 Heure 15:27

<u>Nom et Prénom du patient</u>	Mr IRAQI HOUSSAINI WALID	<u>Age ou Date Naissance</u>	123 -
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	.		
<u>Adresse</u>	.		
<u>Téléphone</u>	.		
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>	.		
<u>Médecin traitant</u>	EQUIPE REANIMATEURS	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0
<u>Motif d'hospitalisation</u>	...		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON		

Dr. H. IDRISSE QAITOUNI
Anesthésiste Réanimateur

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie	
<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

Partie à compléter à la sortie			
<u>Date Sortie</u>	13/05/2022	<u>Heure</u>	
		<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
<u>Nom et prénom du signataire</u>		<u>Signature</u>	