

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° W21-776321

148634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12442 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Tibar Hassan
 Date de naissance : 12-12-1984
 Adresse : Hassan Casablanca
 Tél. : 668907194 Total des frais engagés : 162346 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rym RHAZIANE
Pédiatre
37 Bis, Rue Oukaimeden, Appt. 5
3ème Etage, Agdal-Rabat
INPE : 101165785

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Tibar Lina Age : 6 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Coarctation aortique
 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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente de
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : /

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
19/12/12	VZ		200,50	INP : [] [] [] [] [] RHAZANE Médecin, Agpt. dal-Rabat 2708

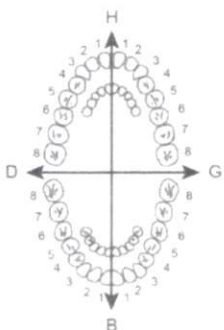
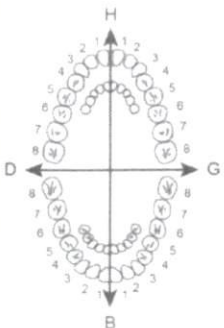
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : <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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

Rabat le : 2/01/23

l'enfant line Tibar a présenté une
Gastro-entérite aiguë avec douleurs
abdominales intenses et Vomissements
insurmontables nécessitant une Rehydratation
intra Veineuse avec antiémétiques
et antispasmodiques IV

Dr. Rym RHAZLANE

Pédiatre

37 Bis, Rue Oukaimeden, Appt: 5

3ème étage, Agdal-Rabat

INPE : 101165785

Docteur Rym Rhazlane

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine d'Amiens - France

Immuno-hématologie pédiatrique

pathologie infectieuse et urgences pédiatriques

Ancienne assistante en réanimation néonatale au CHU d'Amiens

الدكتورة ريم غزلان

اختصاصية في طب الأطفال و الرضع

خريجة كلية الطب بأميان فرنسا

أمراض الدم و المناعة عند الأطفال

الأمراض التحفنية و المستعجلات

مساعدة سابقا بمصلحة إنعاش المواليد بمستشفى أميان

Rabat le 29-12-22 الرباط في

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : R. Rhazlane Rym

Présente à : T. Bouh Lina

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 300,00

..... Trois cent

Pour l'acte :

..... V.S.

Et le (la) prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. Rym RHAZLANE
Pédiatre
37 Bis, Rue Oukaimeden, Appt. 5
3ème Etage, Agdal-Rabat
INPE : 101165785



مصلحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

F A C T U R E

N° : 11619 / 2022 du 29/12/2022

Nom patient **JIBAR LINA**
PAYANT

Entrée 29/12/2022

Sortie 29/12/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
AUXILIAIRE MEDICALE	3.00		150.00	450.00
			Sous-Total	450.00
PHARMACIE	1.00		273.46	273.46
			Sous-Total	273.46
Total Clinique				723.46

DR. RHAZLANE RYM (pediatre)	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	1 023.46
MILLE VINGT-TROIS DIRHAMS QUARANTE-SIX CENTIMES		

Payée en Espèces

CLINIQUE NATIONS UNIES
Rue Ibn Hanbal
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 14 09
Fax : 05 37 67 35 35
N° : 00002757

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : JIBAR LINA		N° Facture 11 619	H2211625
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BANDE A GAZE 10 CMX5M (001)	1	5.00	5.00
CHLORURE POTASSIUM [b/100] inj (01)	1	2.80	2.80
CHLORURE SODIUM 0,9%[b/100 inj (01)	2	1.60	3.20
CLOPRAME 10 mg INJ.10 (PH)	3	1.39	4.17
INTRANULE 22 BLEU (001)	2	10.00	20.00
INTRANULE 24 JAUNE (001)	2	10.00	20.00
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG	3	29.90	89.70
PERFUSEUR (001)	3	16.00	48.00
POCHE SERUM GLUCOSE 5% 500ML (001)	1	14.00	14.00
POCHE SERUM SALE 0.9% 100 ML (01)	1	10.30	10.30
POCHE SERUM SALE 0.9% 250 ML (001)	2	9.00	18.00
SERINGUE JET 10 CC 21GA (01)	5	4.00	20.00
SERINGUE JET 5 CC 21GA (01)	2	4.00	8.00
SPASFON 40mg inj PH (06)	3	3.43	10.29
Total pharmacie			273.46

CLINIQUE NATIONS UNIES
Rue Ibn Hanbal
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 05 05
Fax : 05 37 67 14 09
INPE : 100002757