

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-000046

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7647 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RADI Riham
Date de naissance :
Adresse :
Tél : 06 58 35 98 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : RADI Riham
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0000046

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

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 A.D et A.L.C :

- 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° W21-648910

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7647 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RADI Riham

Date de naissance : 26.08.1962

Adresse : lot R. youssef eloulane N° 149

Tél. : 06 58 35 98 97

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2022

Nom et prénom du malade : RADI RIHAM Age :

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

Nature de la maladie : Unitaire Généraliste

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 : 21/11/2022

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
du 20/11/22	Vaccin	1	24,93,78	DR : 09/10/2022
du 21/11/22				
21/11/22		Co	Gratuit	

[illegible]

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

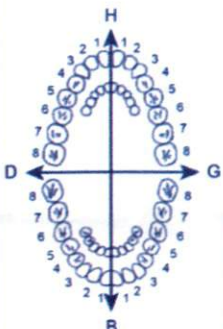
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

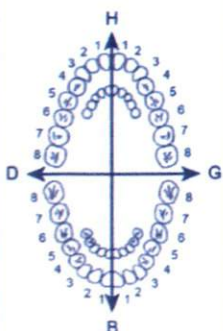
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 : <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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

RAPPORT MEDICAL

Patient

RADI RIHAM

Médecin traitant

DR.EQUIPE REA

Date

21/11/2022

- E-1 8a

- ATU T. Curon allergique

- H-2p 2/ us p- URTICAIRE

CONCLUSION

pas d'atteinte Respiratoire, ni Card. - VASC

- GAT = 1/1 Perfus

2/ Co-h-ther in

- B w. b. clinique.

Pr. LAPAKI Mohamed
Professeur Agrégé
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE ATFAL

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 20/11/2022
DATE SORTIE : 21/11/2022

LE:21/11/2022

DR. EQUIPE REA HONORAIRES : 700,00 Dh (SEPT CENTS DIRHAMS)

PATIENT : MME RADI RIHAM

Equipe Réanimateur
Clinique ATFAL
Pr. Laraki M / Pr. Sadraoui *

signé et cacheté



Facture N° 21849/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22K20122349

N° Identifiant : 029020/22

Nom & Prénom : Mme RADI RIHAM

C.I.N :

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-11-2022

Date Sortie : 21-11-2022

Médecin traitant : DR . SALEM HUSEM

Traitement : HOSPITALISATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
REANIMATION						
1	SEJOUR EN SOINS INTENSIFS		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		428,78			428,78
Total Rubrique :						428,78
PRESTATIONS						
1	AMI		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						1 728,78
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EQUIPE REA	c3+2v2	700,00			700,00
Total Rubrique :						700,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						700,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 2 428,78

DEUX MILLE QUATRE CENT VINGT-HUIT DIRHAMS SOIXANTE-DIX-HUIT CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

21/11/2022
2428,78

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28

CLINIQUE ATFAL

Séjour : Du 20/11/2022 au 21/11/2022

Patient : Mme RADJ RIHAM

N° Dossier : ATF22K20122349

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ADRENALINE 1 MG INJECTA	2,04 Dh	2	4,08 Dh
BANDE DE GAZE 15 CM	4,50 Dh	1	4,50 Dh
COMPRESSE STERILE 7.5X7.5 PACK 5	4,00 Dh	2	8,00 Dh
HYDROCORTISONE 100 MG INJECTA (01)	11,21 Dh	2	22,42 Dh
INTRANULE BLEU	2,40 Dh	1	2,40 Dh
MASQUE NEBULISEUR ADULTE	22,25 Dh	1	22,25 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA	13,70 Dh	2	27,40 Dh
OXYGENE NEBULISATION	150,00 Dh	2	300,00 Dh
PERFUSEUR EN Y	13,73 Dh	1	13,73 Dh
SERINGUE 10 CC	3,00 Dh	5	15,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE	9,00 Dh	1	9,00 Dh
			428,78 Dh

**CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL**
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 05 22 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28

CLINIQUE ATFAL

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER ATF22K20122349

NOM DU PATIENT Mme RADI RIHAM

MÉDECIN TRAITANT SALEM HUSEM

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 20/11/2022

DATE DE SORTIE 21/11/2022

MODE DE SORTIE normal

**CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL**

50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28