

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0047801

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSED SAÏD ABIB

Date de naissance : 08/08/1965

Adresse : 529 Lot Hay Fath Casablanca

Tél : 0661566363 Total des frais engagés : 666 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. NACHAR OULAYA
Pédiatre
RES. HESSAN, 3ème étage 8d Med 25F2A
N° 303, Anassi, Casablanca
Tél : 05 20 54 63 66 / Gsm : 06 40 78 11 31
INPS : 12 11 74 M2

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/23

Nom et prénom du malade : RASSED MAHMOUD Age : 57 ans

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

Nature de la maladie : aff. N...

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 : Casablanca Le : 23/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
15/05/23	CS		4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

15/05/2023 266,00

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

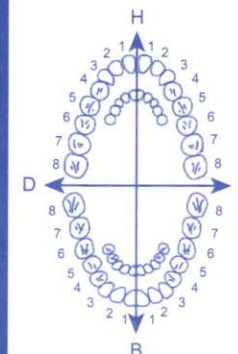
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

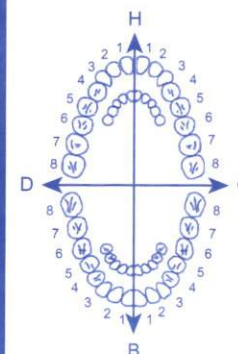
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 15/05/23.

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél : 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

RASHID MAHMOUD

6 mois

PHARMACIE TAHA HOU
EL MORNAKI Rachid
Dr. EN PHARMACIE
Hay Idrissia II - Avenue (B) -
Tél : 05.22.85.22.25 - CASABLANCA

93,40

9340) ofikou siou afaur

1 sach (14) x 21 x 07

8810 y tiou fan 30 mg sach

1 sachet x 0 21 x 0 4

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml,
Susp oral b10 R 5ml
P.P.V. : 60 DH00

6 118001 081653

LOT: 5231
PER : 12 - 24
P.P.V. : 24 DH 50

6000 entogermia 4M

1 sach 0 sach

Noselium siou

1 sach (14) x 0 81 x 0 4

TIORFAN® 30mg
Boite de 30 sachets-dose
P.P.V. : 88.10 Dhs



6 118001 184651
Maphar
Km 10, route côtière 111
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 50 73 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

PREFACTURE

A. Identification

N° Dossier : ATF23E15203604

N° Identifiant : 000743/21

Nom & Prénom : Enf. RASSID MAHMOUD

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-05-2023

Date Sortie :

Médecin traitant : DR . NACHAR OULAYA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						400,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

signature de l'assuré

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 390000260