

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0040356

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7526 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HOUCINI HASSAN
 Date de naissance : 01.01.1982
 Adresse : 64 Rue Ben Youssef - Etage 7 NE 13
 Belvédère Casablanca
 Tél : 0612-649464 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 : Gastrite aiguë

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 : 30/04/2023
 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
30/04/23	Verif. l'acte n° 123456789		689,34	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BASILIC PHARMACIE Douar El Bahara Sidi Bouzid El Jadida Tel: 06 68 30 39 13	20/04/2023	330,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

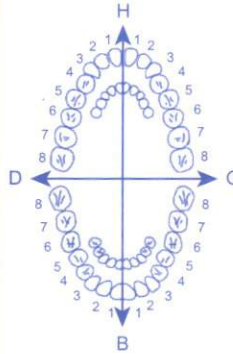
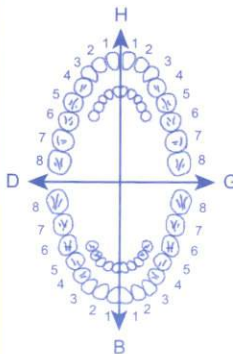
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le 30/04/2023

M. HOSNI Wiam

123,60

1) Inexium 40mg

SV



1cp/j le matin avant repas

98,80

2) Neofortan 160mg

SV

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2025
LOT 280576

79,90 1cp x 2/j après

3) Kalmagaz cp

SV

LOT: 230037
PER: 01/2028
PPV: 79,90DH

KALMAGAS®

1cp x 2/j au milieu

pendant 06 jours puis à l'arrêt

28,10

Lot:
EXP:
PPV (DH):



L'aérodrome, Ouassat El Jadida lot 32/E Im. N°2
Tél. : 05 23 36 78 78 - Fax : 05 23 34 19 21
E-mail : direction@hpejladida.ma
Site web : www.hpejladida.ma

28,10

4) Uogalené sirop

SV

1 cts x 2 / j 15 min avant repas

pour 4 kg

 **Dr. Najoua TOUMI**
Gastro-entérologue
Centre Médical AL-HADIKAI Imm. Laouejina 4
appt. 8 étage 21, May Lmatar EL Jadida
Gsm: +212 673 036 336

BASIC PHARMACIE

Douar El Bahara Sidi Bouzid
El Jadida

Tel: 06 68 30 39 13

330,40

HOPITAL PRIVE EL JADIDA



110063930

EL JADIDA Le : 30-04-2023

Facture N° 12346/23

A. Identification

N° Dossier : HPE23D30075304

N° Identifiant : 037623/23

Nom & Prénom : Mme HOUSAINI WIAM

C.I.N :

Adresse : EL JADIDA

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 : 30-04-2023

Date Sortie : 30-04-2023

Médecin traitant : DR. TOUMI NAJOUA

Traitement : URGENCE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		89,34			89,34
Total Rubrique :						89,34
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. TOUMI NAJOUA (GASTROLOGUE)		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						689,34
TOTAL GENERAL						689,34

SIX CENT QUATRE-VINGT-NEUF DIRHAMS TRENTE-QUATRE CENTIMES

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

signature de l'assuré

HÔPITAL PRIVE EL JADIDA
Admission
L'aérodrome Oussat El Jadida
Lot 32 / El Jadida N° 2
Tel : 05 23 36 78 78
Fax : 05 23 34 19 21

HOPITAL PRIVE EL JADIDA

Séjour : Du 30/04/2023 au 30/04/2023

Patient : Mme HOUSAINI WIAM

N° Dossier : HPE23D30075304

Organisme : PAYANT

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	1	18,80 Dh
CLOPRAME 10 MG INJECTA (10)	1,39 Dh	1	1,39 Dh
METHYLPREDNISOLONE 120 mg INJECTA	35,00 Dh	1	35,00 Dh
NO-SPA 40MG B/5 AMP INJ	6,40 Dh	1	6,40 Dh
			61,59 Dh

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
INTRANULE ROSE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	2	16,00 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM	4,75 Dh	1	4,75 Dh
			27,75 Dh

Total global : 89,34 Dh

HÔPITAL PRIVE EL JADIDA
Admission
L'aérodrome Oussat El Jadida
Lot : 23 34 19 21
Tel : 05 23 34 18 78
Fax : 05 23 34 19 21

HOPITAL PRIVE EL JADIDA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	HPE23D30075304
NOM DU PATIENT	Mme HOUSAINI WIAM
MÉDECIN TRAITANT	TOUMI NAJOUA
PRISE EN CHARGE	PAYANT MUPRAS
DATE D'ENTREE	30/04/2023
DATE DE SORTIE	30/04/2023
MODE DE SORTIE	normal

HÔPITAL PRIVE EL JADIDA
Admission
L'aérodrome Oussat El Jadida
Lot 35 / Eim N°2
Tel : 05 23 36 78 78
Fax : 05 23 34 19 21