

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

- 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

M22- 0012919

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2540 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Raihani Ali
Date de naissance : 21/01/1944
Adresse : même adresse
Tél. : 0663462363 Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01/07/2023
Nom et prénom du malade : Raihani Ali Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AVC ischémique
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) :

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
01/07/23	Vin		200,-	
03/07/23	Facture			

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

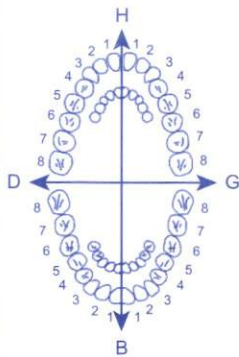
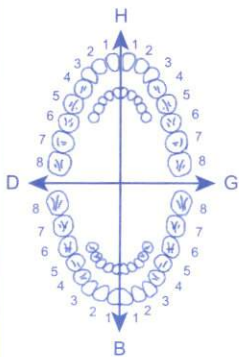
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	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



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

FACTURE
N° 202305193 F

NOM ET PRENOM : M. RAIHANI Ali

Médecin traitant : Dr EQUIPE REA /SANLAM

Du 01/07/2023 au 03/07/2023

DESIGNATION	QT	P/U	TOTAL
KINESITHERAPIE	1	200	200
T O T A L		200,00	

Soit : deux cent dirhams.

REGLEMENT EN ESPECES
Date : 03.07.2023
Montant : 200,-
Bon de Caisse N° :

**POLYCLINIQUE
DAR SALAM**
728, Bd Modibo Keita
Casablanca - Tél: 0522 85 14 14
Fax: 0522 85 08 80

URGENCES 24/24 مستعجلات

728, Bd Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax: +212 5 22 830 880 - CNSS : 6387246 - Patente : 36372350 - IF : 1087352

Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 0001225000000356 48 Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058

E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 01/07/23

Mr. RAÏ HAWI ALI

01 Seance de Kiné

**POLYCLINIQUE
DAR SALAM**
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél: 0522 85 14 14
Fax: 0522 83 08 80

URGENCES 24/24 مستعجلات



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 03/7/23

RAIHANI Ali 82 ans, cardiaque
coronarien stenté, HTA, admet
pour trouble de conscience +
hémiparésie gauche. Le patient
est admis en réanimation le 01/7/23
et après mise en condition le bilan
fait est en faveur d'un AVC
ischémique aigu sur le territoire
sylvien superficiel. Le patient
est mis sous traitement symptomatique
+ anticoagulants et optimisation de
la fonction cardio-vasculaire et

URGENCES 24/24 مستعجلات

Les troubles hydro-électrolytiques
L'évolution est satisfaisante et
le patient est sorti de
03/7/23 avec suivi par
son médecin traitant

PR. M. BOUAGGAD
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Dar Salam
01-6572 85 14 14

PLANING DE KINE

Nom du patient : RAIHANI ALI

[illegible]

CLINIQUE DAR SALAM

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	23G01063901
NOM DU PATIENT	M. RAIHANI Ali
PRISE EN CHARGE	MUPRAS
NUMERO PRISE EN CHARGE	20231860022752
DATE D'ENTREE	2023-07-01 06:39:01
DATE DE SORTIE	2023-07-03 11:00:00

**POLYCLINIQUE
DAR SALAM**
726 Bd. Moulay El Mehdi
Casablanca - Tel: 0522 85 14 14
Fax: 0522 83 08 80