

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 d'information à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier
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
M23-012743

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8735 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SLADUI Amin
Date de naissance : 9-7-1967
Adresse : 131 rue Loracler cir
Tél. : 0661 22 21 94 Total des frais engagés : 3776,54 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : AL HAFIANE HASNA Age : 46
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

--	--	--	--	--

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

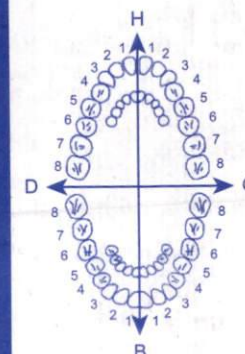
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

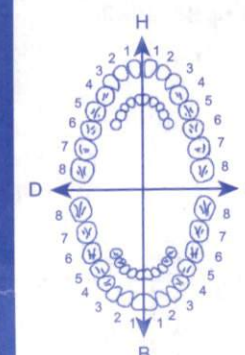
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

ORDONNANCE

Compte rendu d'hospitalisation

M^{re} EL HAFICHAH HASMAN âgée de 46 ans su ATCD^s particulières
a été admise aux soins intensifs le 22/12/2023 pour
réaction allergique à type d'œdème de Quincke avec
rash cutané sur brachyspasme ni choc anaphylactique
Hémodynamique. suite à la prise d'Azithromycine
⇒ Hospitalisation SI avec surveillance pvt 24h
⇒ Prise en condition : 2 SVP - O₂ - Nitroge
⇒ corticothérapie à forte dose. Schédel 120g/8v
⇒ Antihistaminiques
⇒ protection gastrique : IPP
⇒ Replissage vasculaire
⇒ Normalisation d'admission
⇒ Surveillance

Alimentaire - chape, suite après une prise
de médicaments avec absence de suite avec
RDV en consultation d'allergologie.

Dr. RADOUANE Oussama
REANIMATEUR - ANESTHESISTE
Généraliste - Cardiologue
RDV : 0522.36.74.45

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 11106 / 2023 du 02/12/2023

Nom patient **AL HAFIANE HASNAA**
PAYANTS

Entrée 02/12/2023
Sortie 02/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SOINS INTENSIF	1,00		1 500,00	1 500,00
AIDE MEDICALE INFIRMIERE	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	1 900,00
PHARMACIE	1,00		376,54	376,54
			<i>Sous-Total</i>	376,54
Total Clinique				2 276,54

DR. REDOUANE / ELOMA (anesthesiste-rea)	1,00		500,00	500,00
DR. REDOUANE / ELOMA (anesthesiste-rea)	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
Total Autres prestations				1 500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
TROIS MILLE SEPT CENT SOIXANTE-SEIZE DIRHAMS CINQUANTE-QUATRE CENTIMES		Total	3 776,54

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient AL HAFIANE HASNAA	N° Facture : 11 106	5229FA-001
--------------------------------------	----------------------------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ADRENALINE 1MG INJECTA (100)	1	3,06	3,06
ATROVENT ADULTE 0,5mg Solutio (10)	3	6,88	20,64
ESOPRA 40MG INJECTA (01)	1	27,40	27,40
METHYLPREDNISOLONE 40mg Injecta (20)	5	14,00	70,00
SERUM GLUCOSE 5% 500ml Injecta (01)	2	18,90	37,80
SERUM SALE 0.9% 500ml Injecta (01)	3	20,00	60,00
TARAXET 25MG COMP Comprim (30)	2	0,82	1,64
Sous-Total médicaments			220,54
INTRANULE G 20 ROSE (01)	2	10,00	20,00
LUNETTE A OXYGENE ADULTE	1	40,00	40,00
MASQUE NEBULISEUR ADU (01)	1	50,00	50,00
PERFUSSEUR FILTRE (01)	1	10,00	10,00
SERINGUE 10 CC BT 100 (01)	2	5,00	10,00
SERINGUE 20 CC BT 50 (01)	1	6,00	6,00
SERINGUE 5 CC BT 100 (01)	4	5,00	20,00
Sous-Total consommable médical			156,00
Total pharmacie			376,54

(*) Conditionnement hospitalier

CLINIQUE GHANDI
54, Bd Ghandi, Casablanca
Tél : 0522 36 69 11

CLINIQUE GHANDI**NOTE D'HONORAIRES****Le :** 02/12/2023**Références**

11 106 / PAYANT

Entrée / Sortie : 02/12/2023 - 02/12/2023**Le Dr. REDOUANE / ELOMARI**présente à **Mme AL HAFIANE HASNAA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500,00 Dhs CINQ CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. REDOUANE Ousama
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Ghandi Clinic
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522.36.74.05

Dr. ELOMARI Zakaria
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Ghandi Clinic
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522.36.74.05

Cachet et signature

CLINIQUE GHANDI**NOTE D'HONORAIRES****Le :** 02/12/2023**Références**

11 106 / PAYANT

Entrée / Sortie : 02/12/2023 - 02/12/2023**Le Dr. REDOUANE / ELOMARI**présente à **Mme AL HAFIANE HASNAA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000,00 Dhs MILLE DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. REDOUANE Ousama
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Ghandi Clinic
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522.36.74.05

Dr. ELOMARI Zakaria
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Ghandi Clinic
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522.36.74.05

Cachet et signature