

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-827247

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10860 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 18 9841

Nom & Prénom : FATHI AMAL

Date de naissance : 21/10/1975

Adresse : 0928, N° 87, As Soud, 77000, Casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mouhcine BENNANI
Spécialiste en Anesthésie-
Réanimation ★
Clinique Ibnou Rochd - Rabat
Tél. : 05 37 67 24 21

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : FATHI AMAL Age :

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

Nature de la maladie : Anémie Ferriprive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Leifusion

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 : 10860 Le : 13/11/2023

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
13.11.23	CS		58452074	

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 Laboratoire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
18, Av. Ibnou Rochd Agdal - Rabat Tel: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 97	13.11.23					3124,53

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 canalaires, 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																	
	<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																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN
TRAITANT

1)-date de la constatation de l'état du malade :

le 13/11/2023

2)-renseignements cliniques sommaires :

Anémie Ferrugineuse

3)-traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

Perfusion Ferinject

4)-durée prévisible du traitement :

CLINIQUE IBRAHIM RACHID
RABAT sari
18, Av. Ibnou Rachid Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 24 21 Fax: 05 37 67 45 97
Rabat

Le Docteur Mounir BENNAN,
Spécialiste en Anesthésie-
Réanimation *
Clinique Ibrahim Rachid - Rabat
Tél.: 05 37 67 24 21
Signature

Pli à joindre au BI ou à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIELLE

Ce pli ne doit pas être ouvert que
par le médecin contrôleur

Expéditeur

.....

CLINIQUE IBNOU ROCHD RABAT SARL

18, AV. IBNOU ROCHD, AGDAL

Tél : 05 37 67 24 21

Fax : 05 37 67 45 97

F A C T U R E

N° : 5663 / 2023 du 13/11/2023

Nom patient **FATIH AMAL**
PAYANT

Entrée 13/11/2023

Sortie 13/11/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
HOPITAL DE JOUR	1,00		250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	250,00
PHARMACIE	1,00		2 874,83	2 874,83
			<i>Sous-Total</i>	2 874,83
Total Clinique				3 124,83

DR. BENNANI MOHCINE (reanimateur)	1,00	CS	300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Autres prestations				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS MILLE QUATRE CENT VINGT-QUATRE DIRHAMS QUATRE-VINGT-TROIS CENTIMES	Total 3 424,83

Clinique Ibnou Rochd Rabat Sarl
Payé en espèce
le: 13.11.2023

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT SARL
18, Av. Ibnou Rochd Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 97

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT SARL
18, Av. Ibnou Rochd Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 97

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : FATIH AMAL	N° Facture 5 663	311-0611
--------------------------	------------------	----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
COMPRESSE 5x5 (300)	1	1,73	1,73
FERINJECT 50MG INJ (01)	2	1 371,00	2 742,00
INTRANULE G 20 R (001)	1	25,00	25,00
INTRANULE G 22 B (001)	1	25,00	25,00
PERFUSEUR (001)	1	15,00	15,00
PROLONGATEUR+R 200 (01)	1	25,00	25,00
SERINGUE 10 CC (001)	1	6,50	6,50
SERUM SALE 0.9 % 250ML POCHES (01)	1	13,10	13,10
SERUM SALE 9% 500 ml SOLUT. (01)	1	13,10	13,10
TEGADERM 6X7 REF162 (100)	1	8,40	8,40
Total pharmacie			2 874,83

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT sari
18, Av. Ibnou Rochd, Agdal - Rabat
Tel.: 0537 67 24 21-Fax: 0537 67 45 97



18, Avenue Ibnou Rochd - Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 24 21
Fax : 05 37 67 45 97
C.N.S.S : 8383789 - I.F : 40428135
Patente : 25741058 - ICE : 002958253000073
E-mail : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

18, شارع ابن رشد - أكدال - الرباط
الهاتف : 05 37 67 24 21
الفاكس : 05 37 67 45 97
ص.و.ض.ج : 8383789 - ت.ض : 40428135
البتاتا : 25741058 - ر.ت.م : 002958253000073
البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

Rabat le, 13/11/2023

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

M^{me}, Fatih Amal, suivie(e)

Pour Anémie Ferrique

A été hospitalisé (e) du 13/11/2023 au 13/11/2023

Pour Infusion Ferrique

CLINIQUE IBNOU ROCHD
RABAT sarl
18, Av. Ibnou Rochd, Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 24 21 - Fax: 0537 67 45 97

Signature et Cachet

Médecin Traitant

Docteur Mouhcine BENNAN
Spécialiste en Anesthésie-
Réanimation
Clinique Ibnou Rochd, Rabat
Tél: 05 37 67 24 21

Le : 13/11/2023

Références 5 663 / PAYANT

Entrée / Sortie : 13/11/2023 - 13/11/2023

Le Dr. BENNANI MOHCINE

présente à Mme FATIH AMAL

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

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

Docteur Mouhcine BENNANI
Spécialiste en Anesthésie-
Réanimation ★
Clinique Ibnou Rochd - Rabat
Tél: 05 37 67 74 21

Cachet et signature