

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

- Reclamation : 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° W21-826114

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9558

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : JAAFER HAFID

Date de naissance : 24/10/1969

Adresse : JILIA C46 20THOUR DE NAKHIL SID MARRAKESH

Tél. : 0667202960

Total des frais engagés : #112,60 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/24

Nom et prénom du malade : JAAFER LINA

Age : 54 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : AUTRES NU GENOU

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 : MARRAKESH

Le : 12/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

VOI ET ADHESION

Autorisation CNDP N° : A-A-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
07/04/2024		15	50800#
			INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Bonnet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/24	2 12,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
07/01/24	07/01/24	Grande	400,00

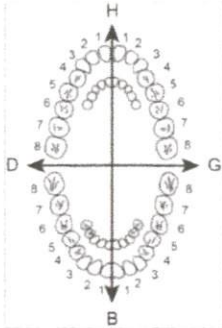
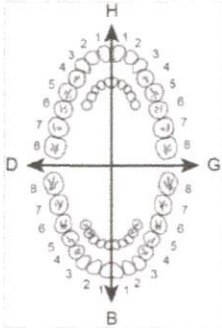
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ordonnance médicale

Date : 07.01.29

Nom et prénom : Maa far lina

SYNTHEMEDIC 
22 rue zoubair bnou al asuam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH

8 118001 020607

LOT: M23104
EXP: JUN 2026
PPV: 66,80 DH

123.60

1/ Inexium 40
1cp le matin

(SV)

66,80

2/ Voltaren 50

(SV)

22.00

3/ Cetoleprano
1-1-1 après repas

PPV: 22DH20
PER: 10/25
LOT: M3502

CLINIQUE PLAZA
INPE : 070064795
Rue Ibn Tountert
Fix : 05 24 42 35 74

Dr Khalid SADI
Médecin Généraliste
Médicin Militaire au Service des
Urgences de l'Armée Royale Marocaine
R.C. 044 30 40 155
Tél. 044 30 40 155
INPE 031229941

212.60

Clinique Plaza • مصحة بلازا

RC : 110641 • ICE : 002728101000066 • Téléphone : 05 24 37 91 85
Fax : 05 24 42 35 74 • E-mail : contact@clinique-plaza.com
Adresse : Rue ibn tountert, Guéliz, Marrakech

Ordonnance médicale

Date : 07 / 01 / 24

Nom et prénom : Maefar Lina

genou dte F
P

Dr. Mohamed CHAKIB BENFDIL
Radiologue

CLINIQUE PLAZA
INPE : 070064795
Rue Ibn Toubert Guéliz - Marrakech
Fix : 05 24 37 91 85

Dr. Khalid SADI
Médecin Généraliste
Ancien Médecin Militaire au Service des
Urgences de l'Hôpital Militaire AVICENNE
INPE 031229941

Médecin :

Clinique Plaza • مصلحة بلازا

RC : 110641 • ICE : 002728101000066 • Téléphone : 05 24 37 91 85

Fax : 05 24 42 35 74 • E-mail : contact@clinique-plaza.com

Adresse : Rue ibn toumert, Guéliz, Marrakech

CLINIQUE PLAZA

RUE IBNO TOUMERT GUELIZ MARRAKECH
FIX:0524379185 FAX:0524423574

F A C T U R E

N° Admission : 24A071344-1

N° 22 R / 2024 du 07/01/2024

Nom patient	JAAFAR LINA	Entrée 07/01/2024	Sortie 07/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

CONSULTATION

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIO GENOU	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total				400,00

	Total général	400,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS		

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	400,00				400,00	0,00

Dr. Mohamed CHAKIB BENFDIL
Radiologue

CLINIQUE PLAZA
INPE: 070064795
Rue Ibn Toumert Gueliz - Marrakech
Fix : 05 24 37 91 85



Marrakech le 07/01/2024

Nom et Prénom : Mme JAAFAR LINA

RX GENOU DRT FACE ET PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Absence de lésion osseuse post traumatique.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

Dr BENFDIL

Dr. Mohamed CHAKIB BENFDIL
Radiologue

Le : 07/01/2024

Références

155 / 240107140314010708

PAYANT

Entrée / Sortie : 07/01/2024 - 07/01/2024

Le Dr. SADI KHALID

présente à

JAAFAR LINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400.00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

Dr. Khalid SADI
Médecin Généraliste
San. Militaire
Hôpital Militaire AVIC
INPE 0312299341

Cachet et signature

CLINIQUE PLAZA

RUE IBNO TOUMERT GUELIZ MARRAKECH
FIX:0524379185 FAX:0524423574

FACTURE

N° Admission : 24A071344

N° 155 A / 2024 du 07/01/2024

Nom patient	JAAFAR LINA	Entrée 07/01/2024	Sortie 07/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

CONSULTATION

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				100,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. SADI KHALID (urgentiste)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total prestations externes				400,00

	Total général	500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

CLINIQUE PLAZA
INPE : 076064795
Rue Ibn Tournert Gueliz - Marrakech
Fix : 05 24 37 91 85