

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- 0046539

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1350 Société : 194072

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUERRAS DRIS

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 21, Rue R. L. Hay Rab. Cas

Tél. : 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 : Douleur Abdominale

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

19/11/23 G 400,00 DHS

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

19/11/23 Pharmacie 206,21 DHS
19/11/2023 Lavage Rectal 1000 DHS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

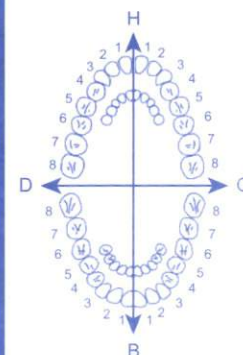
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

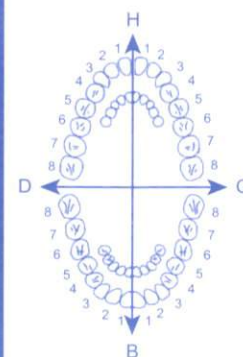
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FACTURE

N° : 23032206 Du : 25/12/2023

Patient : DRISS GUESSOUS

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 19/11/2023

N° Dossier : 23026875

Sortie : 19/11/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
LAVAGE RECTAL PHARMACIE.	1		1 000.00	1 000.00
	1		200.00	200.00
			Sous-Total	1 200.00
CONSULTATION	1		400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
			Total clinique	1 600.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille six cents dirhams			Total brut :	1 600.00
			Remise :	0.00
			Total net :	1 600.00
Matricule : Adhérent :			Part organisme :	0.00
Affiliation : N° prise en charge :			Part patient :	1 600.00
CIN : B438230	Code clinique :			
ICE :				

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA (HPIC)
Angle Bd. Bir Anzarane et Abou Ishak Shirazi
et Rue Ben Jilali, Quartier Maarif - Casablanca
ICE: 002924279000042
IF: 50575193-50575193051

DÉTAIL PHARMACIE

N° Dossier : 23026875 Patient : GUESSOUS DRISS N°Pièce d'identité : B438230

Code article	Désignation article	Prix unitaire	Quantité	Prix total
1101562	SERUM SALE 500ML 0,9% Poche (01)	21.00	1	21.00
1102216	RECTOLAX ADULTES	13.25	2	26.50
1500120	COMPRESSE STERIL 10X10	8.00	4	32.00
1700034	ALESES JETABLES	7.50	3	22.50
1700049	GANT JETABLE	1.13	10	11.30
2300451	SERINGUE 1ML	17.07	2	34.14
2300456	SERINGUE 60ML GAVAGE	21.18	1	21.18
2300481	SONDE ASPIRATION CH16 (001)	15.60	2	31.20
2300717	COUCHE ADULTE	6.39	1	6.39
			Total	206.21

Les produits pharmaceutiques et à usage unique cités ci-dessus sont à utilisation hospitalière et sans vignettes.

HOPITAL PRIVE INTERNATIONAL
DE CASABLANCA (HPIC)
Angle Bd Bir Anzarane et Abou Ishak Shirazi
et Rue Ben Jilali, Quartier Maarif - Casablanca
ICE:002924279000042
IF 50575193 - RC:109051