

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR OBTENIR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-821502

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **OBAD SABAE**
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : **06 62 19 39 29** Total des frais engagés : **500 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Wassime EL IDRISSI AMMARI**
Médecin Généraliste
INRE : 101231199
74, Lot Khalid, Apt 1-01, Yabia Zaer
Tél. : 07 00 72 00 29 - 05 31 58 90 29
 Date de consultation : **24/01/2024**
 Nom et prénom du malade : **SABUR I SULTANE** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : **Arthrose**
 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
21/1/24	C2	2	200,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dr. Wassima EL KHASSI Médecin Généraliste INPE : 10220795 100,05 72 90 29 - 05 37 55 90 29

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
21/1/24	fusclis					300,00

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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مركز تمارة

Polyclinique Témara

Urgences
Médecine
Pédiatrie
Urologie - Endo-Urologie (Adulte et Pédiatrique)
Hépatogastro-Enterologie - Endoscopie digestive
Anesthésie réanimation
Chirurgie générale et pédiatrique
Réanimation néonatale
Traumatologie orthopédie
Gynécologie obstétrique
Unité de FIV - Micro-tésé
Neurochirurgie
Ophtalmologie
Circoncision

Témara, le

21/01/2024

Ordonnance

Dr. Wassima EL IDRISSI AMMARI
Médecin Généraliste
INPE : 101231199
474, Lot Khelid Apt 1 - Sidi Yahia Zaer
Tél : 07 00 72 90 29 - 05 37 58 90 29

1) Ras 2,

mg 226 201

2) Dalipac 1000,

1000 201

Dr. Wassima EL IDRISSI AMMARI
Médecin Généraliste
INPE : 101231199
474, Lot Khelid Apt 1 - Sidi Yahia Zaer
Tél : 07 00 72 90 29 - 05 37 58 90 29

POLYCLINIQUE TEMARA

AV Allal Ben Abdellah Rue 4
Cité ANDALOUS TEMARA
TEMARA

F A C T U R E

N° 353 / 2024 du 22/01/2024

Nom patient	SAOURI SULTANE	Entrée	Sortie
		21/01/2024	21/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1.00		162.99	162.99
PERFUSION K5	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	262.99
PHARMACIE	1.00		37.01	37.01
			Sous-Total	37.01
Total Frais Clinique				300.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. WASSIMA EL IDRIS (generaliste)	1.00	CS	200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
Total prestations externes				200.00

	Total général	500.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		500.00		500.00	0.00

Polyclinique Temara
Av. Allal Ben Abdellah Rue Télède
Cité Andalouss - Temara
Tél: 05 37 74 07 78/03 37 40 42 67
Assurif

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	PV	Mt VT	Mt Achat	Marge
21/01/2024	COMPRESSE 7,5/7,5/S 5 (200)	001819	0	1	2.36	2.36	1.58	0.78
21/01/2024	GANT JETABLE NITRIL (050)	001819	0	1	1.50	1.50	0.98	0.52
21/01/2024	INTRANULE ROSE 20G (001)	001819	1	0	3.00	3.00	1.74	1.26
21/01/2024	MIDAZOLAM 5mg/5ml INJECTA (10)	001819	0	1	7.87	7.87	7.87	0.00
21/01/2024	SERINGUE 10cc (001)	001819	1	0	1.80	1.80	0.80	1.00
21/01/2024	SERUM SALE 0.9% 500cc INJECTA (01)	001819	1	0	12.80	12.80	12.80	0.00
21/01/2024	SPARADRAP(URGODERM)50 (25)	001819	0	1	3.18	3.18	1.60	1.58
21/01/2024	TUBULURE (001)	001819	1	0	4.50	4.50	3.00	1.50
Total consommation						37.01	30.37	6.64

Polyclinique Temara
Av. Abdel Ben Abdellah Rue Tahla
Cité Andalouche Temara
Tél: 05 37 74 07 78 / 05 37 40 42 67
Accueil