

## 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

Dos n° 11140 · N° W19-492856

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12808 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : CHBOURK Tarek

Date de naissance : 1984

Adresse : .....

Tél. : 2016 Total des frais engagés : 1508 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. TAMIM Amina**  
Pédiatre  
Tour Anwal 182 Bd. Anoual  
Casablanca - Tél. : 0522 86 03 16  
Fax : 0522 86 03 10

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : CHBOURK Tarek Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

02 DEC. 2019

Accueil Siège/Ram



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
du 23/11/13	12.12	12.12	12.12	<p>CLINIQUE PÉDIA-ASTES 50, Bd. Abderrahim Bouabid OASTS - Casablanca Tél.: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28</p> <p>Dr. TAMIM Amina Pédiatre Tour Anwar 182 Bd. Anoual Casablanca - Tél.: 0522 86 03 16 Fax: 0522 86 03 10</p>
du 24/11/13	12.12	12.12	12.12	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

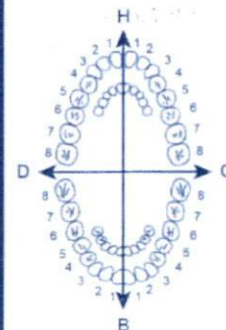
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

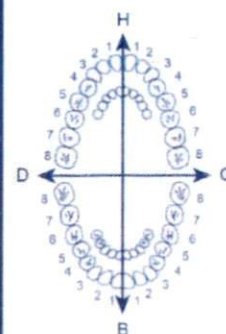
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
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



# مصحة أطفال CLINIQUE ATFAL

25 NOV. 2019

**CHBOURK MEHDI**

Naissance : 20/09/2011

MUPRAS

**DR. TAMIM**

*Radi Throat  
no note*

**Dr. TAMIM Amina**  
**Pédiatre**  
Tour Anwal 182 Rd. Anoual  
Casablanca - Tél.: 0522 86 03 16  
Fax : 0522 86 03 10

# CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS  
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28  
IF 01087099

## F A C T U R E

N° : 8058 / 2019 du 24/11/2019

Nom patient **CHBOURK MEHDI**  
**PAYANT**

Entrée 23/11/2019  
Sortie 24/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO	1,00		200,00	200,00
SOINS INTENSIFS	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 200,00
PHARMACIE	1,00		208,10	208,10
			<i>Sous-Total</i>	208,10
<b>Total Clinique</b>				<b>1 408,10</b>

DR. TAMIM (pediatre)	1,00	VS	400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>1 808,10</b>
MILLE HUIT CENT HUIT DIRHAMS DIX CENTIMES		

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS Casablanca  
Tél.: 0522 23 18 18-Fax: 0522 23 50 28



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/11/2019

09:50

Nom Patient : CHBOURK MEHDI

Numéro dossier : H19K231503

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
25/11/2019	INTRANULE 22 BLEU	8008	1,00	20,00	20,00
25/11/2019	BANDE A GAZ P (001)	8008	1,00	5,00	5,00
25/11/2019	THERMOMETRE	8008	1,00	70,00	70,00
25/11/2019	ANDOL 10mg/ml INJ (01)	8008	1,00	18,80	18,80
25/11/2019	PERFUSEUR A/F (001)	8008	1,00	15,00	15,00
25/11/2019	SOLU-MEDROL 40mg (01)	8008	1,00	24,30	24,30
25/11/2019	MAXICLAV 1g INJ (01)	8008	1,00	40,00	40,00
25/11/2019	SERINGUE JET 05CC RR (001)	8008	3,00	5,00	15,00
Total pharmacie					208,10

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd Abdelrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél.: 0522 23 18 18-Fax: 0522 23 50 28

Le : 23/11/2019

Références

8 058 / 191124090224048011

PAYANT

Entrée / Sortie : 23/11/2019 - 24/11/2019

Le Dr. - TAMIM

présente à . CHBOURK MEHDI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
400,00 Dhs

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

Dr. TAMIM Amina  
Pédiatre  
Tour Anwal 182 Bd. Anoual  
Casablanca - Tél.: 0522 86 03 16  
Fax : 0522 86 03 10

Cachet et signature



# مصحة أطفال CLINIQUE ATFAL

24 / 11 / 19

CH Bourik Nahou a été hospitalisé

sur des antécédents pour tuberculose

sur Anoxygène de Carbone sur

Cerveau, graphie, céphalique, Vanner

dans abdomen d'antécédents

d'adulte a été bouché sur

oxygénothérapie.

il a eu pour elle une radiographie

Pulmonaire

et un traitement antibiotique par bouché

Dr. TAMMAM Amina  
Pédiatre  
Tour Anwal 182, Bd Anoual  
Tél: 0522 86 03 18 - CASA  
Fax: 0522 86 03 10