

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

N° W19-483366

N° D : 11539

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12613 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DRISSI El Bouzaidi Souham

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066117574 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/19

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

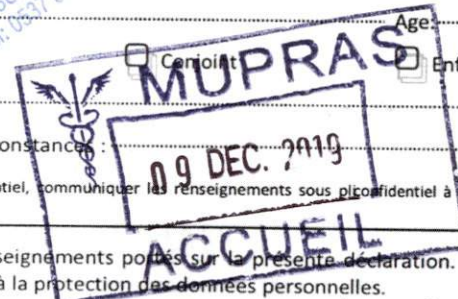
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/11/15 | Viste | | 600,00 | INP : 1107165185 |
| | Adjonction | | | |
| | Bilal | | | |

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 | |
| | 21/11/15 | | 2 | | | 1300,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DES NATIONS UNIES

COMPLEMENT FACTURE 7870/19

21/11/2019

| | | |
|---------------|--------------------------|---------------|
| NOM ET PRENOM | DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM | |
| | | |
| DESIGNATION | | MONTANT EN DH |
| | | |
| SUPP SUITE | 3J | 6300.00 |
| ACCOMPAGANT | 3J | 750.00 |
| DIVERS | | 25.00 |
| BILIFLASH | 3J | 300.00 |
| NURSERIE | 3J | 300.00 |
| DR.RYM | PEDIATRE | 600.00 |
| | | |
| TOTAL GENERAL | | 8275.00 |

CLINIQUE NATIONS UNIES
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 05 06
Fax : 05 37 67 35 35 - 05 37 67 14 09

Docteur Rym Rhazlane

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine d'Amiens - France

Immuno-hématologie pédiatrique

pathologie infectieuse et urgences pédiatriques

Ancienne assistante en réanimation néonatale au CHU d'Amiens

الدكتورة ريم غزلان

اختصاصية في طب الأطفال و الرضع

خريجة كلية الطب بأميان فرنسا

أمراض الدم و المناعة عند الأطفال

الأمراض التعفننية و المستعجلات

مساعدة سابقا بمصلحة إنعاش المواليد بمستشفى أميان

Rabat le 21/11/19 الرباط في

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : R. Rhazlane

Présente à M. M. DRISS EL BOUZAICHOUICH

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 60000 dh

soixante mille dinars

Pour l'acte : visite + réception

B.C.C.

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

Dr. RYM RHAZLANE
Pédiatre
37 Bis, Rue Oukaimeden, Apt. 5
2ème Etage, Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 15 55 - Fax: 0537 67 15 66



مصحبة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

Rabat le :

21/11/2019

COMPTE RENDU BILIFLASH

NNE. a bénéficié
pendant son séjour à la nurserie d'une surveillance de l'ictère
par Bilirubinométrie transcutanée (Biliflash).

Dr. R. RHAZLANE

Dr. RYM RHAZLANE
Pédiatre
37 Bis, Rue Oulmiden, Apt. 5
3ème Etage, Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 15 55-Fax: 0537 67 15 53



مصلحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

Rabat le :

21/11/19

COMPTE RENDU DE RECEPTION DE BEBE

NNE. née le
18/11/2019 Apgar à 10, a reçu les soins nécessaires à
la naissance (aspiration, collyre, vitamine K1) et chez
qui l'examen clinique qu'on a fait les jours de suite est
normal.

DR. R. RHAZLANE

DR. RYM RHAZLANE
Pédiatre
37 Bis, Rue Oued Meden, Appt. 5
3ème Etage, Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 15 55-Fax: 0537 67 15 66