

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-775789

203044

MO
y
adherant
sais

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 12565 Société : RAN / PNT

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

Nom & Prénom : CHAACHOU BADR

Date de naissance : 10/11/87

Adresse : 11 RTE MEKKA RES PORTE CALIFORNIE
SALAH 14 CASA

Tél. : 0661103628 Total des frais engagés : 1490,80 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/24

Nom et prénom du malade : CHAACHOU LEIA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : 05
☒ 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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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
04/03/24	K20	1	1300	Dr. Ma... 337, Boulevard... 1er étage, N°10 Tél : 0612883012 - INPE 061203512

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ROUSSE S.A.R.L. Bd Raymond, 208, 210, Maarif - Casa M. Laroussi Laila ICE: 000.204.382.0690.86 INPE: 092.06.19.10	04/03/24	190,8044

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

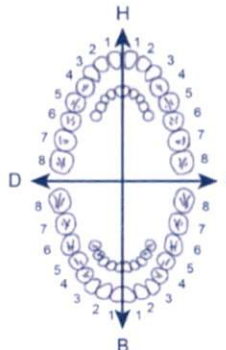
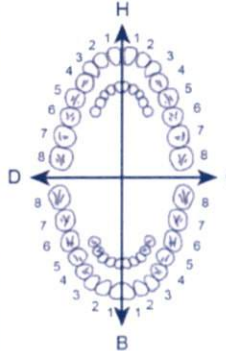
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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'EXE

Pédiatrique
Paracetamol
PPV: 16,40
PER: 12/26
LOT: M4451

AJIAL **بيال**



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

PPV : 20DH60

SP11	0725
LOT	PER
Prix	89.00

LOT: 6577
PER: 08/25
PPV: 64DH80

Pharmacie LAROUSSE
Bd Rousselle, Casablanca
ICE: 000.394.385.0090.86
INPE: 092.06.19.10

Casablanca, le : 24/03/2024

choochoou leila

- 1) ^{16,40} Sedolur sirp enfant s au delà 6 ans S.V
 - 2) ^{16,40} Dolos top pédiatrique S.V
 - 3) ^{20,60} Nifluril 400mg suppa S.V
 - 4) ^{89,00} Sedasténil pédiatrique S.V
- 190,80 ⁸⁹ 1 PP/J

Pharmacie LAROUSSE
Bd Rousselle, Casablanca
ICE: 000.394.385.0090.86
INPE: 092.06.19.10

Dr. Hicham Ouelid El Hachemi
Chirurgien Pédiatre
333, Boulevard Méd V, Lot Nassallah
3ème étage, N°10 - Berrechou
Tél: 3393012 INPE: 092.06.19.10

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le :

Pré-Facture N° 146108		Etablie par ZAHIRA RECEPTION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X4C044237		N° Identifiant : 21066170/21			
Nom & Prénom : CHAACHOU LEIA					
C.I.N. : BE803546		Date Début : 04/03/2024		Date Fin : 04/03/2024	
Adresse :					
Traitement : Consultation		Médecin : OUELD EL HACHEMI MARIAM			
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
ACTES CHIRURGICAUX					
K20	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00
PARTIE CLINIQUE :					650,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. OUELD EL HACHEMI MARIAM (CHIRURGIE GENERALE)	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					650,00
TOTAL FACTURE					1 300,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Mille trois cents Dirhams

Cachet et signature

