

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

W21-834781

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10993

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHADY Hamane

Date de naissance : 19/07/1976

Adresse : 19 lot AL WOROUD HAY CHARIFA. CASA

Tél. : 0661487114

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHADY Hamane

Age : / /

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 01/01/2024 CASA

Le : 01/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-834781

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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
01/01/23	60224/23	330,17		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oued El Makhazni Mohamed Aline BENNANI Lot Oued El Makhazni, 1 <sup>er</sup> étage, Casablanca Tel: 06 22 52 70 17 E-mail: bennani.dr@gmail.com		145,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet 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
		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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

# Important :

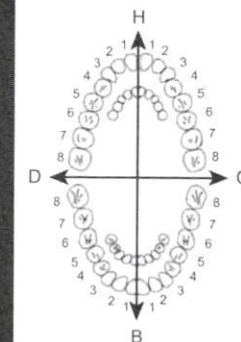
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					

# 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

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIM6

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



2312312239361

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

01-01-24

CHADY HANANE

1/ VITA C 1000 COMPRIME EFFERVESCENT

1 CP x 2 PAR JOUR, 05 jours

2/ OTRIVINE 0.05 SOLUTION POUR PULVERISATION  
NASALE

01 pulverisation dans chaque narine/Jour pdt 07 jours, ( jours

3/ TAVANIC 500 MG SOLUTION POUR PERFUSION

1cp par jour , 07 jours

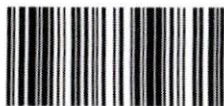
4/ CEDOL 400 MG/20 MG 400 / 20 MG / MG COMPRIME

2 comprimés 3 fois par jour, 05 jours

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b5  
P.P.V : 145,00 DH



6 116001 080670



090063728

T = 145,00

Dr. ELABASS



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300285374

## F A C T U R E

N° 60 224 / 2023 du 31/12/2023

Nom patient : **CHADY HANANE**

Entrée 31/12/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 31/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
PHARMACIE	1.00		80.17	80.17
			Sous-Total	80.17
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>380.17</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS DIX-SEPT CENTIMES

**Total 380.17**

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	380.17				380.17	0.00

Services des Urgences  
A l'attention de la pharmacie  
LA PHARMACIE

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

01/01/2024  
00:04

Nom Patient : CHADY HANANE

Numéro dossier : 2300285374

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
31/12/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	1.69	1.69
31/12/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77	3.77
31/12/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
31/12/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
31/12/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	5.86	5.86
31/12/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	2.43	2.43
31/12/2023	CHLORURE DE SODIUM 0, 250 INJECTA (01)	181868	1,00	13.10	13.10
31/12/2023	ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA(1)	181868	1,00	6.34	6.34
31/12/2023	CLOPRAME 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJ(1)	181868	1,00	1.39	1.39
31/12/2023	OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0	181868	1,00	29.90	29.90
31/12/2023	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)(1)	181868	1,00	14.08	14.08
Total pharmacie					80.17