

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.

Diagnostique 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° P19- 0040306

NID: 39438

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAÏE ABDELLAH

Date de naissance : 14-09-59

Adresse : TETOUAN

Tél. : 0680 130223 Total des frais engagés : 150 + 20 + 232 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Younes LAMAALLA
Médecin Généraliste

Date de consultation : 14/09/22

Nom et prénom du malade : CHAÏE YASMIN Age : 16 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aiguë

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 : TETAN

Le : 10/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
28	C	01	150
14-2	P.C	.	200.6
18-2	P.C		234

[illegible][illegible][illegible]

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<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		<input type="text"/>	
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE RIF

MEDICO-CHIRURGICALE
242. Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42 43/44 Fax :039 99 9145

FACTURE

N° 2 168 / 2020 du 18/02/2020

Nom patient	CHAFI YASSMIN	Entrée	Sortie
		18/02/2020	18/02/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PART CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
PHARMACIE	1.00		137.90	137.90
			Sous-Total	137.90
Total Frais Clinique				237.90

Total général 237.90

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	237.90	237.90	0.00

مصحة الريف
CLINIQUE RIF
شارع الجيش الملكي 242
تطوان
Tel: 039 99 91 42
Fax: 039 99 91 45

CLINIQUE RIF

MEDICO -CHIRURGICALE
242, Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

F A C T U R E

N° 2 130 / 2020 du 17/02/2020

Nom patient	CHAFI YASMIN	Entrée	Sortie
		17/02/2020	17/02/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PART CLINIQUE	1.00		100.10	100.10
			Sous-Total	100.10
PHARMACIE	1.00		100.50	100.50
			Sous-Total	100.50
Total Frais Clinique				200.60

Total général 200.60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	200.60	200.60	0.00

CLINIQUE RIF
Tél: 039 99 91 42 / 43 / 44
Fax: 039 99 91 45

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

24/08/2020
14:43Nom Patient : **CHAFI YASMIN**Numéro dossier : **20B170810**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
17/02/2020	APOTEL PARACETAMOL SOLUT. (10)(1)	5	1,00	30.00	30.00
17/02/2020	PERFUSEUR A/F (001)	5	1,00	12.00	12.00
17/02/2020	INTRANUL G22 100	5	1,00	22.00	22.00
17/02/2020	HYPAFIX 10*15CM (020)(1)	5	1,00	7.50	7.50
17/02/2020	CLOPRAM 10 MG 2 ml INJ (10)(1)	5	1,00	6.00	6.00
17/02/2020	SERINGUES 5 CC (001)	5	1,00	2.00	2.00
17/02/2020	SERUM SALE 9% SOLUT. (01)	5	1,00	21.00	21.00
Total pharmacie					100.50

CLINIQUE RIF
242
Tél: 05 21 43 242
Fax: 05 21 43 242