RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

- 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.

ntaire :

- 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.

aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données aractère personnel.

PRAS : 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

Nº P19- 058978

ND: V5872

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Ouahdani Med Amine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..../..../....

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : Yahya

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **Nº P19-058978**

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 :

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° W19-451588

☑ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186 Société : RAM

☑ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUAHDANI Mohamed Amine

Date de naissance : 05/11/1992

Adresse : 2297 Lot AL Wifaq Temara

Tél. : 0676143532 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. O. OUTARAHOUT Pr. de Chirurgie Pédiatrique Urologie Pédiatrique Clinique des Nations Unies Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 05 05

Date de consultation : 05/03/2020

Nom et prénom du malade : EL OUAHDANI YASSINE Age : 1

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

Nature de la maladie : Bilan + audiency

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.

MUPRAS 02 OCT. 2020 ACCUEIL SIEGE RAM

MUPRAS 05 MAR. 2020 ACCUEIL

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 : RABAT Le : 05/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/9/20		15		
01-9-20	[illegible]			
01-9-20	AMC			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

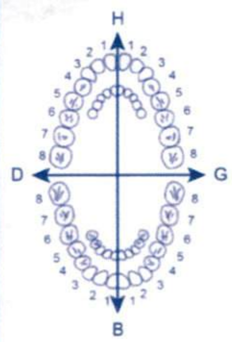
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre AM	Nombre PC	Nombre IM	Nombre IV	Montant détaillé des Honoraires
	01/9/20	Pal-dr				400,00

VOLET ADHERENT

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



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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

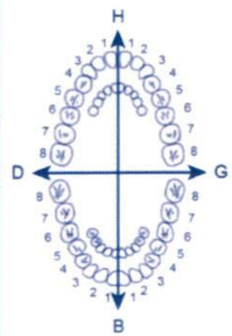
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

D — G — B

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



CŒFFICIENT 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

Dr. Jamal SQUALI
Professeur en Anesthésie Réanimation
Clinique Nations Unies - Rabat
Tél : 05 37 67 45 05 - Fax : 05 37 67 14 09

Dr. O. OUTARAHOUT
Pr. de Chirurgie Pédiatrique
Urologie Pédiatrique
Clinique des Nations Unies
Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 05 05

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

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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 01 / 09 /2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 13 186 e-mail : melouahdani@royalairmaroc.com Phones : 06 76 14 35 32

Nom et Prénom de l'adhérent : EL OUAHDANI Mohamed Amine

Nom et Prénom du bénéficiaire : EL OUAHDANI YAHYA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (*préciser le coefficient*)

circoncision (K30)

Une hospitalisation de (*approximatif*)

A (*préciser l'établissement hospitalier*)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

circoncision

Dr. O. OUTARAHOUT
Pr. de Chirurgie Pédiatrique
Urologie Pédiatrique
Clinique des Nations Unies
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
Agdal - Rabat - Tél.: 05 37 67 06 05

Cachet, date et signature du praticien	

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Docteur Jamal SQUALI

Professeur en Anesthésie-Réanimation

Ex. Professeur à la faculté de médecine de Rabat

Ex. Médecin attaché au CHU de Nancy - France

الدكتور جمال صقلي

أستاذ في الإنعاش والتخدير

أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط

طبيب سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي بنانسي، فرنسا

Rabat le : 05/9/20 الرباط، في :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : **Jamal SQUALI**

Présente à M. : Elouahtoui Yahya

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 200,00 DHS

Deux cent DHS

Pour l'acte :

Arch 1

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

Dr. Jamal SQUALI
Professeur en Anesthésie Réanimation
Clinique Nations Unies - Rabat
Tél : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 14 09

مصحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

شارع الأمم المتحدة، زنقة ابن حنبل، أكدال - الرباط - الهاتف : 05 37 67 05 05 - الفاكس : 05 37 67 14 09

Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal, Rabat - Tél. : 05 37 67 05 05 / Fax : 05 37 67 14 09

Dr O. OUTARAHOUT

Ancien Professeur à la faculté
de médecine de Rabat
Ancien chef de service au CHU

Chirurgie pédiatrique
Urologie pédiatrique

الدكتور أوترحوت أولعيد

أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط
رئيس مصلحة سابق بمستشفى الأطفال
جراحة الأطفال

Rabat le : 01-9-20 الرباط، في :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur O. OUTARAHOUT

Présente à : Elouahdani Yahya

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de : 900,00

Neuf cent Dirhams

Pour l'acte : K30

Et le (la) prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

مصحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 35 35

مصحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

Rabat le : .....

05/9/2020

Compte Rendu Opératoire

Pour circoncision

Nom et prénom : EL OUAHDANI YAHYA

Chirurgien : Dr. O.OUTARAHOUT

Anesthesiste : Dr. J. SQUALI

CRO :

- Circoncision faite sous anesthésie générale (SEVO)
- Combinée au bloc pénien à la xylocaine 1%.
- Coagulation au bistouri électrique bipolaire.
- Suture au vicryl 5/0 rapide.

Dr. O.OUTARAHOUT

Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 35 35 /05 37 67 14 09
E.mail : cnrabat@gmail.com

مصحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

F A C T U R E

N° : 5031 / 2020 du 05/09/2020

Nom patient EL OUAHDANI YAHYA

PAYANT

Entrée 05/09/2020

Sortie 05/09/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1.00	K30+A15	400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
		Total Clinique		400.00
DR. SQUALI JAMAL (anest.reanimat)	1.00	AREK15	200.00	200.00
DR. OUTARAHOUT OULAID (chir. ped, uro.)	1.00	K30	900.00	900.00
			Sous-Total	1 100.00
		Total Autres prestations		1 100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 1 500.00

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

Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat / شارع الأمم المتحدة، زنقة ابن حنبل، أكدال - الرباط
Tél. : (+212) 5 37 67 05 05 - Fax : (+212) 5 37 67 35 35 / (+212) 5 37 67 14 09 - Email : **cnrabat@gmail.com**
Patente : 25737214 - R.C. : 48575 - I.F : 03302712 - C.N.S.S : 6081484 - ICE : 000016130000020
R.I.B n° 011.810.0000.01.210.00.07629.92 BMCE