

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 canaux, 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 canaux.

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

Déclaration de Maladie

N° W19-444119

28302

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AA 119 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL MOURKI

Date de naissance : 20 NOV. 2020

Adresse : 20 NOV. 2020

Tél. : 06 44 25 63 32 Total des franchises : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. Idris TOUCUI
Stomatologie et Chirurgie
Maxillo - Faciale
Casablanca

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : EL MOURKI ADAM

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Fracture maxillaire

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
23 NOV. 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 : Casablanca Le : 29/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.co.ma

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 Rélevé des Actes
29/10/2023	Visite	1		
			4500,00	

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	

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	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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION																	

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 29-10-2020

Facture N° 12882/20

A. Identification

N° Dossier : CAB20J29055722

N° Identifiant : 024690/20

Nom & Prénom : Enf. EL MOUKI ADAM

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT RIAD SOFIA N 58

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : EL MOUKI ADAM

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-10-2020

Date Sortie : 29-10-2020

Médecin traitant : DR. TOUGUI IDRIS

Traitement : FRACTURE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
HOSPITALISATION						
1	HOSPITALISATION CHAMBRE DOUBLE		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		231,07			231,07
Total Rubrique :						231,07
INTERVENTION						
1	BLOC OPERATOIRE		1 368,93			1 368,93
Total Rubrique :						1 368,93
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. TOUGUI IDRIS (MAXILLO-FACIALE)		2 250,00			2 250,00
Total Rubrique :						2 250,00
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. MED.ANESTHESISTE MED.ANESTH (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						2 500,00
TOTAL GENERAL						4 500,00

QUATRE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Observation : 4500+ SUP 2000.00 AVEC FACTURE

Cachet et Signature

Clinique Ain Borja
 25, Boulevard Ifni Ain Borja
 CASABLANCA
 Tél: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 41 11 12

Adresse : 25, Bd. Ifni (en face de Lydec) Ain Borja - Casablanca -- Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 41 66 24

E-mail : contact@cliniquecasablancaaainborja.ma -- Site web : www.cliniquecasablancaaainborja.ma

AF CNSS : 5821609. IF : 25031309. ICE : 002030855000045

RIB : CIH 230780235654322100950073 Patente : 31910797

Casablanca, le 29.10.20

Enfant à l'ovk: Adam

Fracture alvéolo-dentaire intéressant
le bloc incisivo-canin mandibulaire
très déplacée dans le plancher buccal.

C. R. O

- Sous AG.
- réduction de la fracture déplacée
- mise en place d'un arc de Péri mandibulaire
de 6 à 6
- contrôle de l'occlusion

Dr. Idris TOUGUI
Stomatologie et Chirurgie
Maxillo-Faciale
Casablanca

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 29-10-2020

DR. TOUGUI Idris

PATIENT : Enf. EL MOUKI ADAM

HONORAIRES 2 250,00 Dh
: (DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS
)

Dr. Idris TOUGUI
Stomatologie et Chirurgie
Maxillo - Faciale
Casablanca

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 29-10-2020

DR. MED.ANESTHESISTE Med.anesth

PATIENT : Enf. EL MOUKI ADAM

HONORAIRES : 250,00 Dh
(DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)


Docteur SAÏD MOUKI EL ALAOUI
Anesthésiste

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

Séjour : Du 29/10/2020 au 29/10/2020

Patient : Enf. EL MOUKI ADAM

N° Dossier : CAB20J29055722

Organisme : PAYANT MUPRAS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSE NON STERILE 10*10	0,98 Dh	10	9,80 Dh
ELECTRODES	2,11 Dh	3	6,33 Dh
GANT STERILE GAMMEX SANS POUDRE T7.5	12,43 Dh	2	24,86 Dh
HALOTHANE ENTRETIEN / BLOC 30MIN	75,00 Dh	1	75,00 Dh
INTRANULE G22 BLEU	2,40 Dh	1	2,40 Dh
OXYGENE BLOC	1,00 Dh	40	40,00 Dh
PROVIVE 1% 20ML	21,28 Dh	1	21,28 Dh
ROCURONIUM 50 MG	24,40 Dh	1	24,40 Dh
SONDE D'INTUBATION A/B CH4.5	27,00 Dh	1	27,00 Dh
			231,07 Dh

Clinique Ain Borja
25, Boulevard Ifti Ain Borja
CASABLANCA
Tel: 05 22 41 63 63 Fax: 05 22 40 11 12

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CAB20J29055722**NOM DU PATIENT** Enf. EL MOUKI ADAM**MÉDECIN TRAITANT** TOUGUI IDRIS**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 29/10/2020**DATE DE SORTIE** 29/10/2020**MODE DE SORTIE** normal

Clinique Ain Borja
25, Boulevard Ifni Ain Borja
CASABLANCA (P)
Tel: 05 22 11 62 63 Fax: 05 22 30 11 12