

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.

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

M22- 0018671

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1060

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKHLOUKI AHMED

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse : HAY DOUMA 66 Rue 10. N°41 S/M

Tél. : Total des frais engagés : 250.DHS # 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 :

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 :

Le : 20/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
21/10/22		CMA	250	

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

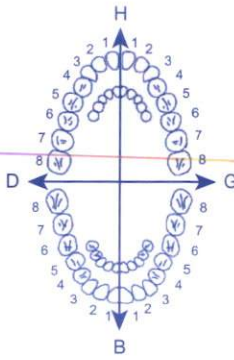
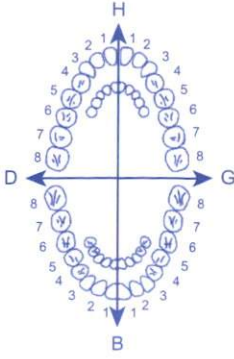
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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'EXECUTION

Dr. BOUZIYANE Nissrine Ep Miloudi

SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Diplômée en échographie gynécologique
et obstétricale de la faculté de médecine
Paris Descartes - France

Diplômée en Procréation Médicalement Assistée
de la faculté de médecine Paris Descartes - France



الدكتورة بوزيان نسرين ميلودي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب باريس ديكارت
في الفحص بالصدى فرنسا

خريجة كلية الطب باريس ديكارت
في المساعدة على الإنجاب فرنسا

ORDONNANCE

Casablanca, le : : الدار البيضاء، في

Mme Mlle : 20 OCT 2022

Mme Fekki Rachida

GGG

HSCA

↳ équilibre hormonal
reproductif

+ contrôle hormonal

↳ AVEC préanesthésie

Dr. BOUZIYANE Nissrine
SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

22, Rue N° 21, Lot. Safia Appt. N° 1

1er étage Moulay Rachid - Casablanca

C : 05 22 71 56 57

INPE : 91025114

22, زنقة رقم 21 إقامة صفية، شقة رقم 1 الطابق الأول - مولاي رشيد - الدار البيضاء

22, rue N° 21 lotissement Safia, Appartement N° 1, 1^{er} Etage - Moulay Rachid - Casablanca

(En face du Station TRAM Hay Raja)

(مقابل محطة ترام حي الرجا)

☎ 0522 71 56 57 - Urgence : 0688 56 87 06 - Patente : 32766366 - ICE : 001910549000068 - INPE : 091025114



091025114

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 21-10-2022

Facture N° 13552/22

A. Identification

N° Dossier : CAB22J21080040

N° Identifiant : 048524/22

Nom & Prénom : Mme TAKKI RACHIDA

C.I.N : BJ186025

Adresse : SIDI MOUMEN DOUMA GROUPE 6 RUE 10 NR 41

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 21-10-2022

Date Sortie : 21-10-2022

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CPA		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE CLINIQUE :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						250,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique Ain Borja
25, Boulevard Ifni Ain Borja
CASABLANCA ②
Tél: 05 22 41 63 63
05 22 41 11 12

06.10.16.96.92
Dekkan.

**CLINIQUE CASABLANCA AIN
BORJA**

**PATIENT : Mme TAKKI
RACHIDA**

**N° DOS :
CAB22J21080040
Sejour : Du 21/10/202
au 21/10/2022
MT : Dr.
ANESTHESISTE
REANIMATEUR**



Reçu N°: 97410

Paiement du 21/10/2022 08h03

Actes

Montant

250,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : RAHMOUNI Soufiane Le 21/10/2022 08