

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

M22- 0056652

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2820 Société : Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : RAHILI Abdelkader
Date de naissance : 1959
Adresse : Rue 1 N°26 Djour Lakram Mahamed
Tél : 06678.3515 Total des frais engagés : 168.45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : KHIN Fathia Age: 60 ans
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 : CAS Le : 07/03/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
25/02/03		1	1000	AKDITAL Clinique Jerrada Oasis مصلحة جرادة الواريس

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
		A M	P C	I M	I V	

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, les 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"/> 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



A. Identification
N° Dossier : CJO23B25204728
Nom & Prénom : Mme KHIATE FATIMA
C.I.N :
Adresse : DIOUR LAKRAM RUE 1 NO 26 MOHAMMEDIA

Facture N° 03836/23
N° Identifiant : 069884/22

C. Débiteur
Organisme : Payant
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 25-02-2023
Date Sortie : 25-02-2023
Traitement : Urgence

B. Assuré
Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Médecin traitant : DR . BEN ISSA REGUAYE NADIA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		68,45			68,45
Total Rubrique :						68,45
						168,45
						0,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL						168,45

CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS QUARANTE-CINQ CENTIMES

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

signature de l'assuré


AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 25/02/2023 au 25/02/2023

Patient : Mme KHIATE FATIMA

N° Dossier : CJO23B25204728

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	7,30 Dh	3	21,90 Dh
GANT NITRIL JETABLE S,M,L (200)	1,89 Dh	6	11,34 Dh
GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 8	10,00 Dh	1	10,00 Dh
OMNIFIX 10CMX10M (SPARADRAPS)	3,00 Dh	2	6,00 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
STERICRIN 3/0 CT 3/8 25 MM	15,21 Dh	1	15,21 Dh
			68,45 Dh

AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
مصنعة جرادا

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : c/c
NOM DU PATIENT : Mme KHIATE
FATIMA
DATE DE NAISSANCE : 28/12/1962
CJO23B25204728



Reçu N°: 137807

Paiement du 25/02/2023 21h19

Actes	
Montant	168,00 Dh
Numéro de compte	439375****1098
Nom de propriétaire	c/c
Type de paiement	TPE

Imprimé par : NYAZI Hamza Le 25/02/2023
21h19