

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0053044

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2314 Société : 156107  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HATINY Batima  
 Date de naissance : 01/07/51  
 Adresse : Rue NABIH EDDINE ANFA 2° ETG N°321  
 MAARIF Supérieur  
 Tél. : 0664005783 Total des frais engagés : 1295,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/03/2023  
 Nom et prénom du malade : Hatiny Batima Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Traumatisme cheville  
 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 :  
 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
24/03/2023	VED	(02)	6000	

Dr. GUESBOUS Mohamed Rachid  
Médecin Généraliste  
Derb El Miter  
Casablanca - 20152 / 28 44 57  
Portable: 06 55 79 20 91

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/23	185,3


# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/03/23	La cheville	5000
		FIP	

Clinique JERRADA CASIS  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 37 48

Clinique JERRADA ON  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 37 48

# AUXILIAIRES MEDICAUX

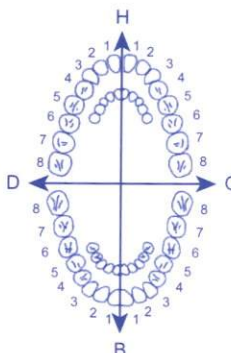
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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

Docteur GUESSOUS Mohamed Rachid

Médecine Générale

Derb El Miter Rue 1 N°

El Fida - Casab

Tél. : 05 22 26

GSM : 06 65 79

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

الدكتور غسوس محمد

الطب العام

درب المتر زنقة 1 رقم 40

الفداء - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 44 57

المحمول : 06 65 79 20 91

Casablanca

07/12/23

Ma Hattang Fatema

47,80

80,50

58,00

Newflex anti-inflammatoire 2x1

Arnica gel 1x1, 7-10

ISOPHARM

NEWFLEX GEL  
CHAUFFANT

89.50 dhs

ARNICA GE  
LOT: CKX77  
EXP: 10/2025  
PPC: 58.00DH

135,30

PHARMACIE MARLEON  
Rue des Palmiers N° 1  
Oudjda - Casablanca  
Tél: 05 22 26 00 00

Dr GUESSOUS Mohamed Rachid  
Médecin Généraliste  
Derb El Miter Rue 1, N° 40 El Fida  
Casablanca  
Portable: 06 65 79 20 91

Docteur GUESSOUS Mohamed Rachid

Médecine Générale

Derb El Miter Rue 1°N° 40

El Fida - Casablanca

Tél. : 05 22 28 44 57

GSM : 06 65 79 20 91

الدكتور غسوس محمد رشيد

الطب العام

درب المتر زنقة 1 رقم 40

الفداء - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 44 57

المحمول : 06 65 79 20 91

Casablanca, le : 27/03/23

N° Habilitation Fekra

Trini Fani

R° cheville gauche  
(F+P)

(Avec un examen ICP)

Clinique JERKADA OM  
Service de Radiologie  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 99 37 48

Dr GUESSOUS Mohamed Rachid  
Médecin Généraliste  
Derb El Miter, Rue N° 40 El Fida  
Casablanca - Tél. : 05 22 28 44 57  
Portable : 06 65 79 20 91





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

27/03/2023

PATIENT : HATIMY FATIMA

PRESCRIPTEUR: Dr. ZAHNOUNE MOHAMED

Rx. CHEVILLE F+ P

**RESULTATS :**

Minéralisation osseuse normale.

Pas de trait de fracture.

Pas de luxation.

Merci de votre confiance.

Clinique JERRADA OASIS

Service de Radiologie

Casablanca

Tél : 05 22 99 37 48



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 27-03-2023

Facture N° 06207/23

## A. Identification

N° Dossier : CJO23C27205609

N° Identifiant : 075089/23

Nom & Prénom : Mme HATIMY FATIMA

C.I.N : B29496

Adresse : 3 RES ANFA 3 RUE NASSIHI EDDINE ETAG 2 APT 321 MAARIF CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-03-2023

Date Sortie : 27-03-2023

Médecin traitant : DR. ZAHNOUNE MOHAMED

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	CHEVILLES F/P		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE CLINIQUE :						500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 500,00

CINQ CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

**Clinique JERRADA OASIS**  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 37 48