

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° W21-796235

188616

ACD
CIR
over

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NADIR Rkia
 Date de naissance : Hay El Massira 1 N° 1595
 Adresse : Temara
 Tél. : 0697955570 Total des frais engagés : 1166,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : NADIR Rkia Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Temara Le : 23 / 12 / 2023

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
08/12/23	CS		350,00	INP : 10106660

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE B... 107 Av. Moulay Idrees I Massira INPE 102013893 Tel: 0537 605 210	08/12/23	216,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE A... Av. Moulay Idrees I Massira Tel: 0537 605 210	08/12/23	216,00	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>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	
	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



08/12/23.

Mme Nadia B. K.



37,00

1) 37,00

Lot: 230784
A consommer avant le: 09/2026
PPC: 89,50 DH

2) 89,50 x 2 = 179,00

Lot: 230784
A consommer avant le: 09/2026
PPC: 89,50 DH

3) 179,00

PHARMACIE BAHIA
107, Av. Moulay Ali Chérif - Massira 1 Temara
Tél: 05 37 60 37 07 - 05 37 60 36 19
Fax: 05 37 60 36 19
ICE: 002252780000051

Avenue Moulay Ali Chérif - Temara

Tél.: 05 37 60 37 07 / 05 37 60 36 19 - Fax: 05 37 62 95 04

E-mail: clinicalthamd20@gmail.com

Patente: 27902910

IF: 37500929

ICE: 002252780000051

Compte bancaire
AL AKHDAR BANK

RIB: 365810000001000000394924



08/12/23

RKIA MADER

DR AL KANDRY SIF EDDINE
PROFESSEUR EN CHIRURGIE GENERALE
CLINIQUE AL HAMD AV. MOULAY ALI CHRIF
TEMARA - INP 100063619
0537603707 - 0537405385

R2 Bass:

(B)

+ R2's TUG

Cervicale + lombaire

DR AL KANDRY SIF EDDINE
PROFESSEUR EN CHIRURGIE GENERALE
CLINIQUE AL HAMD AV. MOULAY ALI CHRIF
TEMARA - INP 100063619
0537603707 - 0537405385

AL KANDRY SIF EDDINE
AL AKHDAR BANK
Tél: 05 37 60 37 07 - 05 37 40 53 85



2023/12/08

Mme Nadir Rkka.

Rx
Radiis
TOTAL
+ BASS: 1 (D)

Tous les
Pr
AL KANDRY SIF EDDINE
PROFESSEUR EN CHIRURGIE GENERALE
CLINIQUE AL HAMD - IMP 100063619
TEMARA - INP - 0537403707 - 0537403707

CLINIQUE ALHAMD

MEDICO-CHIRURGICALE-
Tél:05.37.60.37.07 Fax:05.37.62.95.04

F A C T U R E

N° 5 417 / 2023 du 08/12/2023

Nom patient	NADIR RKIA	Entrée	Sortie
		08/12/2023	08/12/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIO	2.00		300.00	600.00
SALLE D'URGENCE	1.00		100.00	100.00
CONSULTATION	1.00		350.00	350.00
			Sous-Total	1 050.00
Total				1 050.00

	Total général	1 050.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 050.00				1 050.00	0.00

