

# 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

- 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com**



## Déclaration de Maladie

N° P19-0034642

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6371 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SABRI Mohamed  
Date de naissance : 1/1/1960  
Adresse : 10322 Lotissement EL WAFAE. H  
Tél. : 0602 56 1581 Total des frais engagés : 324,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/09/24  
Nom et prénom du malade : FADIA BOUSSOUA  
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 : 12/09/24  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
17/04/24				Caf

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Saad BENJELLOUN mm. 94, Lot NAH 14-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07	17/04/24	147,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Berrechid service imagerie médicale	17/04/24	28	60,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CLARAS medics Résidence Palmier II, Max. N° 47 Rue Jettou, Agdal-Rabat Tél./Fax : 05 37 67 10 33	17/04/24					170,00

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				Coefficient DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS										
			DATE DU DEVIS										
			DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

..... Le : .....

Nom : 18 Louky

Age : .....

INPE: 06 20 74 80  
PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIF N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

ANSA  
SAAD.A

→ A A Sella de

CLARIMAT  
Résidence Palmer II, Mar 11, 47  
Rue Pasteur, 94, Lot NAIF N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIF N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

(S.I.)

→ 2 x 2

51.80  
→ S 19

47.73  
→ Physio: 30 min

(S.I.)

44.70  
→ 100 mg

→ 100 mg

Cachet:

Date de la prochaine visite:

.....

144.30  
→ 20-20

ZENITH PHARMA

PPC: 47,75 OH

Sérum

PPU 4470 OH  
LOT L1237 10/25

D-Resistants



P.P.V.:

SURGAM 200MG  
CP SEC B20

LOT: 23E015  
PER: 10/2026

ANNONCE

Le : .....

(7) Nom : .....

Age : .....

SANAD  
RANEF M

No 002

(208)



Cachet:

Date de la prochaine visite:

.....



# CLARAMAS MEDIC

PATENTE :2570184 RC:135035 ICE: 002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861

TAMSNA SAADIA

FACTURE N° : 2024/522

Casablanca

Rabat le : 17/04/2024

N° BL	Référence	Désignation	Qté	PU TTC	Remise	P.T TTC
674/2024	2060400	Attelle Nasale en aluminium Taille Large	1	170,00	0 %	170,00
Total HT		TVA 20%	TOTAL NET TTC 170,00			
141,67	28,33					

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
cent soixante-dix Dirhams et zéro Centimes

CLARAMAS medic  
Résidence Palmier II, Mag. N° 47  
Rue J. Kar Assadi, Agdal-Rabat  
Tél./Fax : 05 37 67 10 33

Mode de règlement	Réf. de règlement	Banque
Espèce	Kenzimed	

RESIDENCE PALMIER II N 47 RUE JAAFAR ASSADIS AGDAL RABAT  
EMAIL:CLARAMASMEDIC@GMAIL.COM TEL:0537671033 /0662137655/FAX:0537671033  
PATENTE :2570184 RC:135035 ICE 002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861  
RIB :181825212111586225000415



## FACTURE CONSULTATION

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 060004819

Facture Consultation Numéro : 2 024 / P / 16 742

TRÉSORERIE PROVINCIALE

### Identification

Index Patient : 60 746

N° Consultation : 131 069

Nom et prénom : SAADIYA TAMESNA

CIN : WA85916

Adresse : DEROUA BERRECHID

### Médecin

Sur prescription du : CHEF SERVICE RADIO

Spécialité : RADIOLOGIE

Type de consultation : MAXILLAIRE DÉFILÉ, OS PROPRES DU  
NEZ, ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

### Débiteur

PAYANT

### Date

Date de consultation : 17/04/2024 15:03:08

Montant : 60,00 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SOIXANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 60,00 DHS

17/04/2024 15:03:36

Facture Etablie Par Personnel N°: MERLAH

Signature du responsable :



Royaume du Maroc  
Ministère de la santé

Quittance:

Délégation provinciale de berrchid

00143909

Centre Hospitalier Provincial de berrchid S.E.G.M.A

Reçus de M

SAADIYA TANE SNA

La somme de

Soixante

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
28		
n° 16742/4		6000
TOTAL		

Cachet du

Service

le 17/04/2024

Signature

Régisseur