

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

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 79 18 - www.n.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0035448

*m = 30146*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2504* Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : *FÉRIATI, ROUFHODI*

Date de naissance : *01/01/1954*

Adresse : *LOT 76 B. ROUKA 99 MARCHÉ*

*ROUTE A. S. F.*

Tél. : *0661.149294* Total des frais engagés : *717.85* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *09/06/16*

Nom et prénom du malade : *KRIS AYINA* Age : *55*

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : *Malaise*

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 : *14/4/2016* Le : *14/4/16*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035448

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *2504*

Nom de l'adhérent(e) : *KRIS AYINA*

Total des frais engagés : *717.85 Dhs*

Date de dépôt : .....



# 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
14/04/2020	voir facture	618,85		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/2020	99,00

# 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	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan

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> <tr> <td>H</td><td>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>B</td><td>B</td></tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				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



CLINIQUE  
LE MARRAKECH

مصحة  
مراكش

Marrakech, le : 14/04/2020

Mme Amina Krid

99,00

①

Additivum vitam

Sept 16



CLINIQUE  
Urgence  
Zdaghia



CLINIQUE  
LE MARRAKECH

Quartier Masmoudi Targa Zdaghia, 40000 - Marrakech - Maroc

05 24 39 65 65 ☎ 05 24 39 65 66

Consultation et prises de rendez-vous : 05 24 39 65 60

urgences 24/24 : 05 24 39 65 00

IF : 15186202 - TP : 46223231 - CNSS : 4711827 - ICE : 001685287000048

[www.cliniquelomarrakech.ma](http://www.cliniquelomarrakech.ma)

مصحة  
مراكش

حي المصمودي، تاركة الزدغيا، 40000 - مراكش - المغرب

05 24 39 65 65 ☎ 05 24 39 65 66

الطوارئ و المواعيد : 05 24 39 65 60

المستعجلات 24/24 : 05 24 39 65 00

# Pharmacie ISSAFARNES - Marrakech

Naima DAOUMA

05 24 49 82 38

215 lalla haya targa , MARRAKECH



**Facture N° FAC-18209**

Date : 14/04/2020

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
ADDITIVA VITAL B30 COMP	1	99,00	99,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	99,00 DHS
<b>Total</b>	<b>99,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix-neuf DHS**



# CLINIQUE LE MARRAKECH

D.A.M.E.S. S.A.R.L  
TARGA ZDAGHIA MENARA  
TEL :05.24.39.65.65 - 05.24.39.65.00

## F A C T U R E

N° : 4757 / 2020 du 14/04/2020

Nom patient **KRID AMINA**  
**PAYANTS**

Entrée 14/04/2020  
Sortie 14/04/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		200,00	200,00
PERFUSION	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE (médicaments)	1,00		21,26	21,26
PHARMACIE (consommable médical)	1,00		97,59	97,59
			Sous-Total	118,85
Total Clinique				418,85

DR. EL YOUSOUFI LAHC (reanimateur-anes)	1,00	CS	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Autres prestations				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	618,85
SIX CENT DIX-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES		

CLINIQUE LE MARRAKECH  
D.A.M.E.S. S.A.R.L  
Service des factures  
Targa Zdaghia Menara - Marrakech

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

15/04/2020  
08:39

Nom Patient : KRID AMINA

Numéro dossier : 171126173140UR

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
14/04/2020	GLUCONATE DE CALCIUM	203975	2,00	3,63	7,26
14/04/2020	INTRANULE G 20 ROSE	203975	1,00	3,50	3,50
14/04/2020	SERUM GLUCOSE 500ML P 500ML SERUM (01)	203975	1,00	14,00	14,00
14/04/2020	PERFUSEUR	203975	1,00	11,25	11,25
14/04/2020	GANTS JETABLES LATEX	203975	8,00	0,64	5,12
14/04/2020	SERINGUE 10 CC	203975	1,00	2,50	2,50
14/04/2020	LUNETTE A OXYGENE ADULTE	203975	1,00	35,22	35,22
14/04/2020	PHARMACIE CONSULTATION	203975	1,00	0,00	0,00
14/04/2020	PHARMACIE PERFUSION	203975	1,00	0,00	0,00
14/04/2020	OXYGENE 4L	203975	1,00	40,00	40,00
Total pharmacie					118,85



Urgences

Radiologie

IRM, Scanner

Réanimation

Cardiologie

Interventionnelle

Oncologie Médicale

Radiothérapie

Il s'agit de Mr/Mme KRid Amina

Sénologie

Agé de 55 Ans, ayant comme ATCDs.....

Médecine Nucléaire

Greffe de Moelle

Maternité

Qui a consulté aux urgences le 14/04/2020 pour .....

Réanimation Néonatale

Malaise

Centre de Fertilité

Le (La) patient(e) a bénéficié de .....

Chirurgie Cancérologique

Chirurgie Digestive

VVP  
Gluconate de calcium  
oxygène

Chirurgie de l'Obésité

Chirurgie Thoracique

Coeliochirurgie

ORL

Endoscopie

Urologie

Neurochirurgie Et a reçue comme traitement

Traumato-orthopédie

Ophtalmologie

Lithotripsie

Chirurgie Esthétique

Chirurgie Maxillo-faciale

Dr. EL YOUSSEFI LACEN  
Anesthésie-Réanimation  
Clinique L. Marrakech  
Marrakech - Tel : 05 24 39 65 65

Signature

مصحة  
مراكش

Le : 14/04/2020

Références

4 757 / 200414191319585002

PAYANT

Entrée / Sortie : 14/04/2020 - 14/04/2020

Le Dr. EL YOUSOUFI LAHCEN

présente à Mme KRID AMINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
200,00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Dr. EL YOUSOUFI LAHCEN  
Anesthésie-Réanimation  
Clinique Le Marrakech  
Marrakech - Tel : 05 24 39 65

Cachet et signature



ADDITIVA<sup>®</sup>

**Vital**



Multivitamines · Minéraux  
Oligo-Éléments

**+ Extrait de Ginseng**

41,0 g

Dr. Scheffler<sup>®</sup>

30 Comprimés  
dragéifiés



4 026466 060217

99,00 Dh