

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-507933

ND: 35540

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12691 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khalil Mohamed Mes

Date de naissance : 29/04/87

Adresse : Apt 1151 Res Jendouba - Dr. Rabii A. (B6), entr 12, Ouedja

Tél : 0661198396 Total des frais engagés : 490,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2020

Nom et prénom du malade : KHALIL Mes Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhume affect

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 : Casa Le : 06/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
06/07/2020				INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NASRI	06/07/2020	90,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
06.07.2020	06/07/20					200,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]														
				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</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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

06/07/2020

KHAIFI Hassan

58,40

Solutum **S.V** Long CB
effect.

58,40

Solutum® 20mg

30 le mahr 1er/06

PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid NASRI
75bis, Bloc 2 Cité Communal
Hay Hassani-Casa
Tél : 022 93 28 74

31,60

A Elavis **S.V** Sug CB

LOT: 079-31
PER: OCT 2021
PPV: 31 DH '60

30 le mahr 1er/06
= 31,60

90,00

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 39 69 69
Fax : 05 22 39 71 19
INPE : 090004029



090004029

شارع سيدي عبد الرحمان، زاوية زنقة سجلماسة، حي الهناء، الدار البيضاء، المغرب

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmasa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc

(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com

Membre du
réseau de
cliniques

Oncorad
Groupe



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



Casablanca Le : 06/07/2020

Facture N° 2712/20

Etablie par FATIHA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0G062505

N° Identifiant : 20071776/20

Nom & Prénom : KHALFI MOHAMED

C.I.N. :

Date Début :

06/07/2020

Date Fin : 06/07/2020

Adresse :

Traitement : Consultation

Médecin : RAFAI LATIFA

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

SEJOUR

Frais clinique

1

160,50

160,50

Total Rubrique :

160,50

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommables médicaux

1

4,50

4,50

Total Rubrique :

4,50

PHARMACIE

Pharmacie

1

35,00

35,00

Total Rubrique :

35,00

PARTIE CLINIQUE :

200,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. RAFAI LATIFA(MEDECIN SPECIALISTE)

1

200,00

200,00

Total Rubrique :

200,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

200,00

TOTAL FACTURE

400,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tel : 05 22 39 69 60
Fax : 05 22 39 71 19
INPE : 090004029