

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.

Biologie 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° P19- 044662

ND: 42654

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 634 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : FARIS AICHE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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	Coefficient des								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis										
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de										

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-139912	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-139912

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle	Gdu
Nom & Prénom	Rais Acha Kena	
Fonction :	Phones	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie	Date 1 ^{ère} visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Q		99,60

PHARMACIE	Date	03.09.20
Montant de la facture	99,60	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	03/09/20
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
20	2020	

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
AM PC IM IV		

Pr. Jalal HASSEN
Chirurgie Orthopédique & Traumatologie
12 Rue des Hôpitaux - Casablanca

PHARMACIE AL AMINA
Dr. Alami Samir
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarje Casablanca - Tel: 05 22 22 22 22

RADIOLOGIE MAY
Imagerie médicale
05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 13



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

03/09/2020

Mr FARAS Aïcha



89.00

1/ lebbux gel 200 mg

gel x 2/8 x 100

parthupen

10,60

21

Dolostap 19

lepp x 3/8 x 100

99,60

copie

x 100

[Signature]

PHARMACIE AL AMANI
Mme. Alami Soufiane Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beauséjour
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

شارع سيدي عبد الرحمان، زاوية ذنقة سجلماسة، حي الهناء، الدار البيضاء، المغرب
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com



090004029

Membre du
réseau de
cliniques

Oncorad
Groupe

10,60

Lot. 1286200 P.P.V. 59 00
Exp. 06 2000 89,00
09366088/7

09366088/7

Clinique Yasmine

03.09.2020

17/03/2023 FARIS Aicha

Rx des 2 femmes
Belle en charge

126
PATRIOTIC WAY HASSAN AHMAD
Communal
Jouret Bd. Sidi Aouache
Tél: 00 10 10 22 90 07 07 - Ca
FAX: 00 10 22 90 07 07

[illegible]

090004029

IF : 2221555

11/09/2020
Casablanca, le

Facture N° 2709/09/2020

Nom patient : FARIS AICHA

Examen(s) réalisé(s) : RX 2 GENOUX FACE

Date Examen(s) : 03/09/2020

Montant : 200.00 DHS

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
DEUX CENTS DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
10, Imm. Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13