

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.

Diagnostique 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

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 049525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1525

Société :

53590

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Nour Fatima

Date de naissance :

Adresse :

ay omayya Rue 36 N°10 Ain Chock

Tél. :

06 77 72 4825

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Nour Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

talalgi

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) :

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
21/12/20	l2		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
Centre Amin... Bd. EL Oued CASA - Tél: 022.50.44.55	22/12/20			08		1120,-

24.12.2020

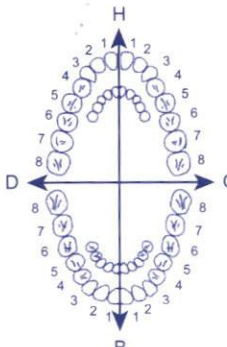
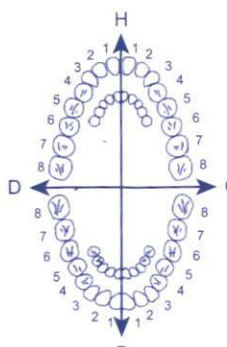
32900

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صحة عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

about 12/12/2026

Casablanca, le 21/12/2026

Seuils thérapeutiques pour
gripes et carences sévères.

32900 DAS

ATL MEDICAL
Hay Mohammadi Rue 300
N° 25 Ain Chock - Casa
Tél/Fax: 022 87.27.49

Dr. ABDELHAK GARCH
Professeur d'enseignement Sup.
Traumatologie - Orthopédie

CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tél: 0522 21 21 88 / 0522 21 13 50
Fax: 0522 21 64 68 Casablanca

AIR MEDICAL

Vente Matériel Médico-chirurgical

Facture en FRF

N° : 20/0914

NOUR FATIHA

DATE

CLIENT

PAGE

24/12/2020

N0930

1

Réf.	Désignation	Quantité	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
SEM-SILO006	SEMELLE EN SILICONE	1	320.00	320.00	20.00

BASES HT		REMISE	MT TVA	% TVA	PORT	TOTAUX	TOTAL TTC	ACOMPTE	NET A PAYER
1	266.67	Tx: 0.00 0.00	53.33	20.00	0.00 0.00	H.T. : 266.67 T.V.A. : 53.33	320.00	0.00	320.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

trois cent vingt dirhams

AIR MEDICAL
Hay Moulay Abdellah Rue 300
N° 25 Ain Chock - Casa
Tél/Fax: 022 87 27 49

25 Rue 300 Hay Moulay Abdellah - Ain Chok (En face de l'Hôpital Med Sekkat) Casablanca

Tél: 05 22 87 27 49 Fax: 05 22 50 89 74 - RC: 122121 - IF: 1661210 - Patente: 34043533 - C.N.S.S: 6536778 - ICE: 001535328000064
Email: air.medical@hotmail.fr