

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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19-0037206

57420
☒ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom : METZOURI MOHAMMED SEGHIR

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : 11, Rue GAFAT OUIDA 60000

Tél. : 0661604632

Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ZAMOURI Mahmoud
CHIRURGIEN
CLINIQUE OUIDA
7, Rue Lieutenant Belhoucine
Tél: 05 36 68 78 16 / 17 - Oujda

Date de consultation : 20/01/2021

Nom et prénom du malade : Lecheheb Nagal

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs Abdominales

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) :

VOLET ADHÉRENT

10 JAN 2021

Déclaration de maladie N° P19-037206

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
21/11/22	planning		400,00	

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

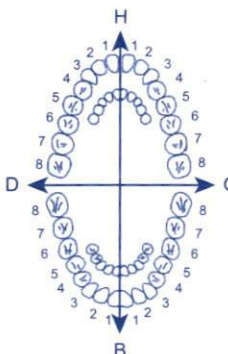
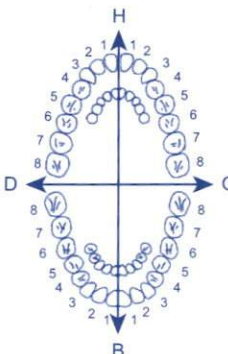
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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																						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	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

Oujda, le : 20 / 11 / 2020 , وجدة , في

Mme Rachehab Najat

1°/ Péridys sup

1 Cas x 3h' 1/2 au 1/2 repas

2°/ Néofortan 160 efferv :

1 cp x 3h'

3°/ Tributine sachets

1 s. x 3h'

4°/ Calmezite :

2 gélules le soir

DR ZAMOURI Mahmoud
CHIRURGIEN
CLINIQUE EST Oujda
7, Rue Lieutenant Belhoucine
Tél: 05 36 68 78 16 / 17 - Oujda
SCIENCE

Facture N° : F31411/2020

26/11/2020



Nom et prénom :	Madame LECHEHAB Najat	
Date Consult. :	20/11/2020	
Actes :	<ul style="list-style-type: none">- Consultation- Pharmacie	
Désignation		Total
<ul style="list-style-type: none">- Consultation Spécialiste- Pharmacie		200.00
		200.00
Total		400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents Dirhams

CLINIQUE OUJDA
INPE: 080061344
7, rue Lieutenant Belhoucine.
Tél.: 05 36 68 78 17 - OUJDA

PAYE
En espèces

Détail Pharmacie

Nom et prénom du patient :

LECHEHAB Najat



22298695203

Désignation	Prix Unitaire	Quantité	Montant
ANDOL 1G PERFUSION	18,80	1,00	18,80
CHL DE SODIUM 0.9% 500ML (SALÉ) POCHE SOTHEM	20,60	2,00	41,20
GANT JETABLE	6,00	1,00	6,00
INTRANULE 24G (JAUNE)	6,12	1,00	6,12
MORPHINE	5,00	1,00	5,00
Nicardipine Inj 10mg	15,38	1,00	15,38
Oedes Inj	95,00	1,00	95,00
SPASFON INJ	5,50	1,00	5,50
TUBULURE	7,00	1,00	7,00
Total :			200,00

CLINIQUE OUJDA
 INPE: 080061344
 7, rue Lieutenant Belhoucine.
 Tél.: 05 36 68 78 47 - OUJDA

AGTUDU SUPPLIO
 INPE: 080061344
 7, rue Lieutenant Belhoucine.
 Tél.: 05 36 68 78 47 - OUJDA

EXA9

CLINIQUE OUJDA



مصحة وجدة

7, Rue Lieutenant Belhoucine. OUJDA - MAROC Tél.: 05 36 68 78 17 - Fax: 05 36 68 78 20

E-mail: cliniqueoujda13@yahoo.fr

Reçu N° 004108 توصيل

Oujda, le 20-11-2020

Nom du Malade :

Lechehab Najat

Montant Total :

400,00

Montant Versé :

400,00

Reste à Verser :

Cachet et Signature

CLINIQUE OUJDA
URGENCE