

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

57683

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0017934

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 457 Société : .....


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : AKIF HINIA Date de naissance : 1936

Adresse : .....

Tél. : 0663517268 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 : 31/03/2017

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

# 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

A M      P C      I M      I V

25/01/2021 Pharmacie      200 DH  
25/01/2021 sondage      200 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

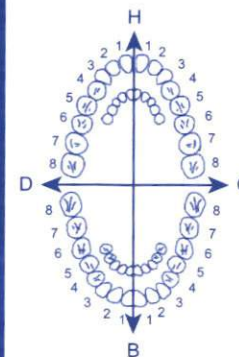
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient des Travaux

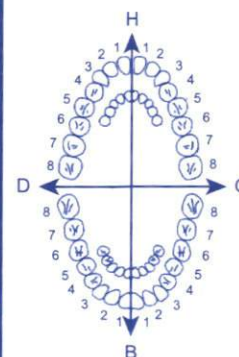
Montants des Soins

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Date du devis

Date de l'exécution



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE  
CHIRURGIE VISCÉRALE  
COELIO CHIRURGIE  
NEURO - CHIRURGIE  
CHIRURGIE VASCULAIRE  
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE  
CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur :

Casablanca, le 25/01/2021

Mme Akif HNIYA A été  
adressée de la clinique Badr  
de 25/01/2021 pour sonde  
vésicale voir la facture du Tailli

~~CITM CLINIQUE BADR  
35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa  
Tél : 05 22 49 28 00 / 80 / 82 / 84  
Fatoume : 05 22 49 23 86~~

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE  
CHIRURGIE VISCÉRALE  
COELIO CHIRURGIE  
NEURO - CHIRURGIE  
CHIRURGIE VASCULAIRE  
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE  
CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur :

Casablanca, le

25/11/2021

+ Gant stéril x 1  
+ Compress 10 x 1  
+ Sando foly 18  
+ Poche urine x 1  
+ S. S. 100 x 1  
+ S.S. 100 x 1

~~CLINIQUE BADR~~  
35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa.  
Tél.: 05 22 49 28 00 / 80 / 81 / 82 / 84  
Fax: 05 22 49 23 86



## C I T M Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

### F A C T U R E

N° : 202100197

Du : 25/01/2021

Nom patient : Mme AKIF HNIYA

Médecin prescripteur ; DrSAMI

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
PHARMACIE	0	100,00
SONDAGE	0	200,00
Total		300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**TROIS CENTS DIRHAMS**

CITM CLINIQUE BADR  
25-Rue El Alloussi, Bourgogne Casablanca  
Tél: 05 22 49 28 00/09 23 86  
Fax: 05 22 49 23 86