

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.

Diologie 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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Démotion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle s'engage à garantir 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.

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- 0038854

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

60539

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13197 Société : PN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FATAH YASSINE
Date de naissance : 24-04-95
Adresse : 15 Rue Jbel bou yablam Hay Salam
CASA
Tél. : 0662776783 Total des frais engagés : 611 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/21
Nom et prénom du malade : FATAH YASSINE Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : gestation
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 : 19/02/2021

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
14.02.21		2	200	
14.02.21		1	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/21	161,90

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



صحة الياسمين
Clinique Yasmin

le 14-02-21



Dr. FATAH
YASSINE

① Prolofen
1 sachet / j

② METROZOL 500

1 cp x 3 / j

③ CAPNOXYL 1g
3440 1 cp x 2 / j

④ Motilium



28/50 1ère cmt 1/4 h après les repas

⑤ Isudrine

99/50 1ère prise 1/2 h après repas

⑥ celest 20mg

Dr. EL MABROUKI Hakim
Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 39 69 60 - (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com

00225
LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 99.00DH

PHARMACIE HAY EL MATAR
Dr. EL MABROUKI Hakim
Bd. Oum Rabi Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 20 26



090004029

Membre du
réseau de
cliniques





مصحة الياسمين
Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 14/02/2021

Facture N° 732/21

Établie par OUMAYM ACCEUIL

Page

1/1

Identification

N° Dossier : X1B14525

N° Identifiant : 2102565/21

Nom & Prénom : FATAH YASSINE

C.I.N. :

Date Début :

14/02/2021

Date Fin : 14/02/2021

Adresse : CASA

Traitement : Consultation

Médecin : BOUJDI FOUAD

Prestations

Qté

Prix U.

L.C.

Coef

Montant

SEJOUR

Frais clinique

1

250.00

250.00

Total Rubrique :

250.00

PARTIE CLINIQUE :

250.00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BOUJDI FOUAD(GENERALISTE)

1

200.00

200.00

Total Rubrique :

200.00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

200.00

TOTAL FACTURE

450.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cent cinquante Dirhams

CLINIQUE YASMINE

Bd. Sidi Abderrahmane

Tel : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19

Cachet et signature