

# INFORMATIONS 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.

## Radiologie 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° W19-585895

64391

CA

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9113

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EZZAOUF YOUSSEF

Date de naissance :

le 22 octobre 1966

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 10,000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumato-Orthopédie  
Pédiatrique  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tel : 05 22 94 20 00 - INPE : 091118495  
001679397000083

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04 JAN. 2021

Nom et prénom du malade :

EZZAOUF YOUSSEF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypothyroïdie axillaire

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 : 04/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

Le : 04/01/2021

3 MARS 2021

ACCUEIL

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-585895

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 : 9113

Nom de l'adhérent(e) : EZZAOUF YOUSSEF

Total des frais engagés : 20,000,00 Dhs

Date de dépôt :

## **RELEVE 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
4 JAN 2021	93		300,00	Professeur A. REPASS Chirurgie de l'Enfant-Orthopédie Pédiatrique 237, Bd. Zerkoune - Casablanca Tél : 05 22 94 20 00 - INIE : 09111025 N° : 001678-9100053

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LETTRE DE PRESCRIP TUE, BD BRENTE CROUZI 05/02/2014 10:23:30 05/02/2014 10:23:30	04/01/2012	780	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

**VOLET ADHERENT**

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

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
 Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
 Dr. Wafae MSEFER FAROUKI  
 Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
 Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
 Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
 Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 04/01/2021

FACTURE N° : FA:00 23/21

Nom : EZZAHAF KENZA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

**HUIT CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

RACHIS ENTIER FACE + PROFIL 800,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFA BANK /00778000035790000015342

INPE : 090000324

*CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
 400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
 Casablanca 20100 - Tél. : 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96  
 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
 e-mail : roudani.crr@gmail.com*



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

18 JAN. 2021

EZZA-HAF Kenza

Cyphose thoracique

Corset anti-cyphose

9500,00dh

Medic<sup>PRO</sup><sup>®</sup>

L'équilibre retrouvé  
Tel.: 0522 27 03 55  
Fax: 0522 49 04 73  
38, rue des Hôpitaux , Quartier  
des Hôpitaux - CASABLANCA

Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumato-Orthopédie  
Pédiatrique

237, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tel : 05 22 94 20 00 - INPE : 091119495  
001679391000063

Cabinet: Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.942.009 - e-mail : a.refass@gmail.com

Clinique: 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028



# Médic PRO

Facture No.A112/2021

Date Facture	24/02/2021
N° Facture	A 112/2021

Ezzahaf Kenza

Description	Quantité	Unité	Prix unitaire HT	TVA %	TOTAL TTC
Corset Thoracique anti-cyphose	1	pce	9 500,00	0,00%	9 500,00

Total HT

9 500,00

TVA (0,00%)

—

Total TTC

9 500,00

Les ventes d'appareillages spécialisés, destinés exclusivement aux personnes handicapées, sont exonérés de la TVA (CGI)

*Arrété la présente facture à la somme de Neuf Mille Cinq Cent dirhams HT*

La direction



Médic PRO  
 Tél : 0522 27 03 55  
 Fax : 0522 49 04 73  
 38, rue des Hôpitaux, Quartier  
 des Hôpitaux - CASABLANCA

38, rue des hôpitaux - quartier des hôpitaux - Casablanca - Maroc

Tél. 05 22 27 03 55 GSM 06 61 75 91 12 E-mail medic.pro3@gmail.com

R.C. : 226261 • I.F. : 40234831 • Patente : 36334855 • CNSS : 8571988

Attijariwafa Bank / N° R.I.B : 007 780 0004099000001535 86 • ICE : 000055014000080