

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.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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- 045058

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1286 Société : RAN

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUNADI RABHA Veuve DAZROU

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : ANDALOUSS I RUE 2 N° 72

Casablanca

Tél. : 0522281044 Total des frais engagés : 1075,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/04/2022

Nom et prénom du malade : TOUNADI RABHA Age : 75

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gonarthrose G.

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 : Casablanca Le : 13/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
Le 02/04/22	Cs		1400 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/22	175,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/04/22	radiologie	500,

AUXILIAIRES MEDICAUX

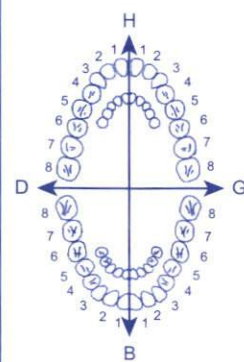
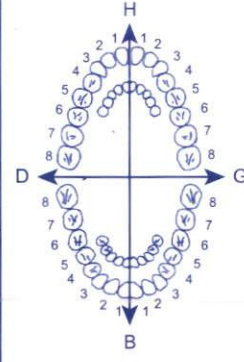
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'OC

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			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

21/04/2022

Mr HAMMADI RABAH

22,00

1) Césaire

rep. 20

7090

2) Parfent

rep. 20

8210

3) Zineadine 20g

rep. 20

175,00



PHARMACIE BELALAMI
Hay El Masjid Rue 23 N°70
Casablanca
Tél: 05 22 80 79 47



CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed MOKRI - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 41
Fax: 05 22 39 14 15





Clinique Al Massira

مصلحة المسيرة

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca

Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax : 05 22 39 14 15

Reçu d'acompte

N° 06659 /21

Nom : MOUNADI

Prénom : RABIA

Docteur :

Diagnostic : Rx x 2

Montant : 5000 DA

Le : 02/04/22

Signature :

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue MOKRI - Casablanca
Tél : 05 22 39 40 41
Fax : 05 22 39 14 15
Encaisseur :



مطبة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

Casablanca LE 01/04/2022

FACTURE N°: 165

Mme MOUNADI RABHA

Examen réalisé

<i>RX POU MON DE FACE</i>	<i>200,00dhs</i>
<i>RX GENOU GAUCHE F/P</i>	<i>300,00dhs</i>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq cents dirhams.

5, Rue Ahmed MOKRI - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 41 - Fax: 05 22 39 14 15
CLINIQUE AL MASSIRA

CASA Le, 01/04/2022

COMPTE RENDU DE Mme MOUNADI RABHA
Dr AIT RAHAL

RX POU MON DE FACE


Pneumopathie basale droite.
Calcification de la crosse aortique.
Cardiomégalie à gauche.
Emoussement du cul de sac gauche.

RX GENOU GAUCHE F/P

Arthrose fémoro-patellaire avec bec ostéophytiques.
Pincement de l'interligne articulaire.
Déminéralisation osseuse diffuse.
Parties molles de densité et de volume normaux.

CONCLUSION

Gonarthrose à gauche.


5, Rue Ahmed MOKRI - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 41 - Fax: 05 22 39 14 15
Dr N. MARHOUM
RADIOLOGUE

CLINIQUE AL MASSIRA.

F A C T U R E

N° : 2179 / 2022 du 02/04/2022

Nom patient **MOUNADI RABHA**
PAYANT

Entrée 02/04/2022

Sortie 02/04/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ZHONORAIRES MÉDECINS	1,00		350,00	350,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
RX GENOU F + P	1,00	Z	300,00	300,00
RX POU MON	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	900,00
Total Clinique				900,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
NEUF CENTS DIRHAMS		Total	900,00

CLINIQUE AL MASSIRA
5, rue MOKRI hauteur 158 Bd ANFA
Tél: 022394041
Fax: 022391415
Dr. MANDAOUI Omar
Anesthésiste pédiatre