

# 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.

## 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.

## Éducation :

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 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  
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

M22- N° 001263

113473

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : MESTARI KETBOUM VEUVE MAHIRI Mohammed

Date de naissance : 1989

Adresse : Sidi Khedidj Bloc 17 N°19 Hay Hassan

Tél : 0661 937 985 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/05/2019

Nom et prénom du malade : MESTARI KETBOUM Age : 28

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 28/04/22

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
21/04/2022			600,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/04/2022

120,00

21/04/2022

133,00

## 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

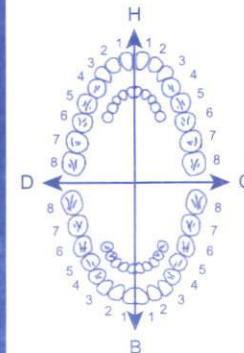
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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'EX



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

21.4.22

M. MECHAT KETOUN

99.00

1/2 of 25.00

34.00

Colis 2/2

S.V



LOT 210829  
EXP 01/2024  
PPV 99.00DH



2/133,40



090004029



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

10.4.2022

M MESTAR, KELTOUN

HEXA PREVENIM

LOT 212995  
EXP 11 23  
PPV 170.00 DH

10.4.2022

M. O

OF/KEN



M. O

Dr. MECHAT Faïçal  
Chirurgien







مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 21/04/2022

Facture N° 2406/22

Etablie par RECEPTION DE NUIT Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2D211860

N° Identifiant : 22041436/22

Nom & Prénom : M. ESTARI KELTOUM

C.I.NBK40801

Date Début :

21/04/2022

Date Fin: 21/04/2022

Adresse : SIDI EL KHADIR BLOC 17 NO 19 HAY HASSANI

Traitement : Consultation

Médecin : MECHAT FAICAL

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

SEJOUR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Frais clinique	1	300,00			300,00

Total Rubrique : 300,00

PARTIE CLINIQUE :

300,00

HONORAIRES MEDICAUX

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Dr. MECHAT FAICAL(CHIRURGIE GENERALE)	1	300,00			300,00

Total Rubrique : 300,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

300,00

Encaissement :

TOTAL FACTURE 600,00

Espèce :	Chèque :	Solde :
300,00		300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six cents Dirhams

Cachet et signature

Clinique Yasmine  
bd Sidi Abderrahmane  
Tel : 05 22 39 69 60  
Fax : 05 22 39 71 19