

# 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

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

M22- N° 0028218

121455

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9565 Société : .....

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

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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 : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## 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 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-716706

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 0363 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MASSOUM MOHAMED SAÏD

Date de naissance : 1973

Adresse : 35 Rue 1er Juin, Rés. Le Printemps, 20000 Casablanca

Tél. : 06 01 156236 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2022

Nom et prénom du malade : MASSOUM KANTAR Age : 17

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

Nature de la maladie : Anémie

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 : 03/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-716706

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
23/06/2022	Venofeer		800,00	INP : [Signature]
27/06/22	Ferinject		800,00	[Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





**Docteur Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes-Enfants  
Oncologie pédiatrique  
Greffe de Moelle

**الدكتورة السعدية زفاف**

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين و الأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

22 juin 2022

**Mlle MASSOUN Kawtar**

**VENOFER 100 MG/5ML 100 / 5 MG/ML SOLUTION**  
**INJECTABLE IV**

1 boîte

**Dr. Saadia ZAFAD**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 46  
Fax: 06 62 54 23 07



**Venofer** 100 mg/5ml

Solution injectable ou concentré pour solution à perfuser  
Boîte de 5 ampoules de 5 ml



**P.P.V:507,00DH** 6 118001 210152

Distribué par FMC Pharma Afrique

Jardin d'entreprise de la technologie de Nouaceur

Pharmacienne Responsable : **Dr. Safaa MOUKHLIS**

**AMM N° : 323/17 DMP/21/NRQr**



№ 002398

Nom et prénom du Malade : Masduki Kacaban

N° d'Admission : .....

Service : .....HDJ ☐ Hospitalisation ☐

[illegible]


### Visa Demandeur

Visa Livreur

## Visa Recepteur



**BILLET D'ADMISSION**

<b>N° admission</b>	 E2200293
<b>Nom patient</b>	<b>MASSOUN KAWTAR</b>
<b>Médecin</b>	<b>ZAFAD SAADIA</b>
<b>Motif</b>	<b>FERINJECT</b>
<b>Encaissement</b>	800.00
	<div><i>Visa accueil</i>  SAADI 16:13</div>



**BILLET D'ADMISSION****N° admission**

H2211240

**Nom patient****MASSOUN KAWTAR****Médecin****ZAFAD SAADIA****Motif****VENOFER****Encaissement**

800.00

*Visa accueil*

ELORCHE 11:03





**F A C T U R E**

N° : 12166 / 2022 du 27/06/2022

FERINJECT

Nom patient **MASSOUN KAWTAR**  
**PAYANT**

Entrée 27/06/2022

Sortie 27/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FERINJECT	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS	Total	800,00

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
32 Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax: 05 22 77 77 40 (L.G.)

PAYÉ EN ESPÈCES  
Le: 27/06/2022



# F A C T U R E

N° : 11964 / 2022 du 23/06/2022

VENOFER

Nom patient **MASSOUN KAWTAR**  
**PAYANT**

Entrée 23/06/2022  
Sortie 23/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VENOFER	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
<b>Total Clinique</b>				<b>800,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

**Total 800,00**

PAYÉ EN ESPÈCES  
 Le: 23/06/2022

CLINIQUE AL MADINA  
 332 Bd Panoramique - Casablanca  
 Tel: 05 22 27 7408 / 49 00 01  
 Fax: 05 22 25 00 01