

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'H  
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**  
**M23-010425**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : Ram  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL-ATRAK ABDELKRIM  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : 14R ATHENE 2 MARS Essa  
 Tél. : 062343962 Total des frais engagés : 500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 02/10/2019  
 Nom et prénom du malade : EL-ATRAK ABDELKRIM Age : 73  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cédème droit  
 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 : 02/10/2019  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

22/08/23 100 DH

04/09/23 100 DH

04/10/23 100 DH

22/09/23 100 DH

18/09/23 100 DH

11/09/23 100 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

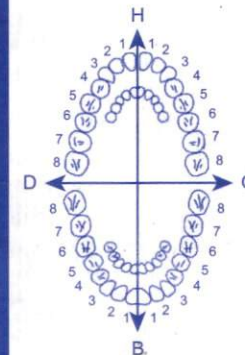
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

00000000 00000000

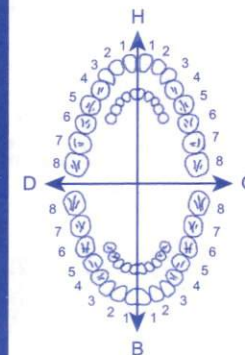
35533411 11433553

G

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'EXECUTION

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## Relevé des prestations

N° : 0 / 2023 du 02/10/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**  
**PAYANT**

Entrée 02/10/23

Sortie 02/10/23

### PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total 100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tel : 05 2277 77 40 - Fax : 022 25 00 02  
RC: 407991 TP: 34782425 IF: 1007171 ICE: 001630200000096 CNSS: 7582358



# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## Relevé des prestations

N° : 0 / 2023 du 18/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**  
**PAYANT**

Entrée 18/09/23

Sortie 18/09/23

### PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total 100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 2277 77 40 Fax : 022 25 00 02  
RC:407991 TP:34782425 IF:1007171 ICE:001630200000096 CNSS:7582358

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## Relevé des prestations

N° : 0 / 2023 du 22/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**  
**PAYANT**

Entrée 22/09/23

Sortie 22/09/23

### PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total 100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique CASABLANCA  
Tel : 05 22 77 40 Fax : 022 25 00 02  
RC:407991 TP:34782425 IF:1007171 ICE:001630200000096 CNSS:7582358

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N°: 23991 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**  
**PAYANT**

Entrée 11/09/23

Sortie 11/09/23

### PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique CASABLANCA  
Tél: 05 22 77 40 40 Fax: 05 22 77 40 41 (LG)  
1000 22 25 00 01

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 23990 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**

Entrée 04/09/23

**PAYANT**

Sortie 04/09/23

### PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PANSEMENTS POSTE OPERATOIE	1.00	PANSEMENT	100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total 100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 2277 77 40 Fax : 022 25 00 02  
RC:407991 TP:34782425 IF:1007171 ICE:001630200000096 CNSS:7582358



# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 23978 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**  
**PAYANT**

Entrée 22/08/23  
Sortie 22/08/23

### PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total 100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique - CASABLANCA  
Tél : 05 2277 77 40 Fax : 05 2277 77 40  
N° de téléphone : 05 2277 77 40