

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0059245

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6395 Société : RAM 183584
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED
Date de naissance : 07/02/1965
Adresse : Cité Ouled Ziane Imm J' N°9 Ain
Boya Casa
Tél : 0668173978 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/09/23
Nom et prénom du malade : HOURADI Med Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Tumeur F.C.P.
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 : Casa Le : 10/09/23
Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-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
13/09/23	soin infecte		100,00	
14/09/23	soin infecte		100,00	
15/09/23	soin infecte		100,00	
16/09/23	soin infecte		100,00	

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 13/09/2023

Facture N° 9298/23

Etablie par HAJAR RECEPTION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I137111

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.N. : BH28048

Date Début : 13/09/2023

Date Fin : 13/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

Traitement : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

SEJOUR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Frais clinique	1	100,00	injection		100,00

Total Rubrique : 100,00

PARTIE CLINIQUE :

100,00

Encaissement :

TOTAL FACTURE 100,00

Espèce :

100,00

Chèque :

Solde :

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 14/09/2023

Facture N° 9354/23

Etablie par FATIHA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3147154

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.NBH28048

Date Début :

14/09/2023

Date Fin: 14/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

Traitement : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

SEJOUR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Frais clinique	1	100,00			100,00

Total Rubrique : 100,00

PARTIE CLINIQUE :

100,00

Encaissement :

TOTAL FACTURE 100,00

Espèce :

100,00

Chèque :

Solde :

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 15/09/2023

Facture N° 9402/23

Etablie par ZAINAB CH Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I157188

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.NBH28048

Date Début :

15/09/2023

Date Fin : 15/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

Traitement : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations

	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
SEJOUR					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
PARTIE CLINIQUE :					100,00
Encaissement :					
TOTAL FACTURE					100,00

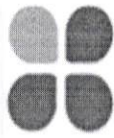
Espèce :	Chèque :	Solde :
100,00		

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 16/09/2023

Facture N° 9447/23

Etablie par ZAINAB CH Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3167229

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.NBH28048

Date Début :

16/09/2023

Date 16/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

Traitement : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

SEJOUR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Frais clinique	1	100,00			100,00

Total Rubrique : 100,00

PARTIE CLINIQUE :

100,00

Encaissement :

TOTAL FACTURE 100,00

Espèce :

100,00

Chèque :

Solde :

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature

