

## 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

- 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

N° W21-775215

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0835 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FAKIR Med  
 Date de naissance : 187827  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Nouria Ahar  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Sakir Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 20/12/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

20-12-23 CPA 250.00 D

INF : 050684833

KDITAL

Dr. Naam

### 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 Particien	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'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS



CASABLANCA Le : 20-12-2023

**Facture N° 25504/23**

**A. Identification**  
N° Dossier : CJO23L20142000  
**Nom & Prénom : M. JAKIR MOHAMED**  
C.I.N : E62673  
Adresse : RUE 74 NR 23 1 EL OULFA CASA

N° Identifiant : 068952/22

**C. Débiteur**  
**Organisme : Payant**  
  
ICE :                      Adresse :  
**D. Période d'Hospitalisation**  
Date Entrée : 20-12-2023  
Date Sortie : 20-12-2023

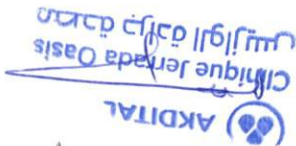
Médecin traitant : DR . DR AHABRI NADIA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR AHABRI NADIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						250,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 250,00

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

signature de l'assuré



ID:

Rythme sinusal normal  
Bloc incomplet droit (BID)  
ECG limite

Fréq. ventr.	66 bpm
Durée QRS	110 ms
QT/QTc	408/427 ms
Intervalle PR	180 ms
Durée P	110 ms
Intervalle RR	909 ms
Axes P-R-T	-22 -3

2nd KIR formed.

MAC600 1.02

12SL<sup>TM</sup> V239

MAC600 1.02

12SL<sup>TM</sup> V239

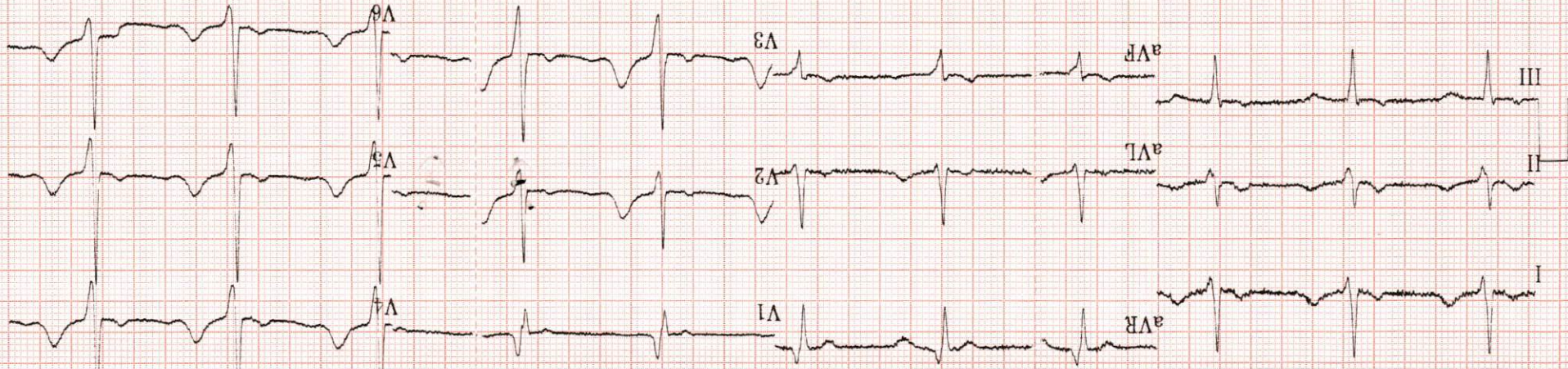


GE

MAC600 1.02

ID :

20-déc-2023 15:16:03



0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

66 bpm

1x2,5s

0

# CLINIQUE JERRADA OASIS

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : JAKIR  
MOHA**  
**NOM DU PATIENT : M. JAKIR  
MOHAMED**  
**DATE DE NAISSANCE : 27/01/1958**  
**CJO23L20142000**



Reçu N°: 164234

**Paiement du 20/12/2023 14h28**

<b>Actes</b>	
<b>Montant</b>	<b>250,00 Dh</b>
<b>Numéro de compte</b>	<b>481922****7467</b>
<b>Nom de propriétaire</b>	<b>JAKIR MOHA</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>TPE</b>