

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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 de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Rue Mohammed VI, Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 99 83 84 Fax : 05 22 99 83 85 www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-496018

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 85701 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERHIL FATNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 99 83 84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-496018

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).



MUPRAS

27 NOV. 2019

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 17 / 0064345

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0085701	
Nom & Prénom		BERINI L FATMA	
Fonction	Veuve	Phones 05 22 90 8384	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Fatma		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Age	
Nature de la maladie		gencives	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	C	G	
PHARMACIE	Date 17/09/19		
Montant de la facture	669.00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date 10/09/19		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
K 40	500 DHS		
AUXILIAIRES MEDICAUX	Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
TOTAL			1169 DA

NEP

Signature de l'adhérent

27 NOV. 2019

Dr. SATIAH...
Spécialiste en...
Hospital My...
09 03 57 64

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TARIK HASSANI
Afghanistan
Casablanca

RADIOLOGIE MARIE
BERRAD...
17 Rue Med Bahi
Tel: 0522 25 74 32
Fax 0522 25 77 06

CACHET

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
HÔPITAL MATHIEU BACHAGAN
CENTRE HÔPITALIER REGIONAL
BOULEVARD YOUSSEF

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المستشفى الجهوي الماتيو باخاغان
المركز الاستشفائي الإقليمي
بوتولاي يوسف



ORDONNANCE

17/9/19

Beihilf Fatura

350,00
226,00 - Duo 6x

S.V.

Agel TJ qus dej
x 3 mes

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M.TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 46 04 - Fax: 0522 90 46 04

21 - Vegetom Baume
99,00
669,00

S.V.

Agp x 3 TJ

Dr. SATIA Sanaa
Spécialiste en Rhumatologie
Hopital Mathieu Bachelier - Casablanca
Tél: 0522 90 46 04

DUOFLEX 30 GELULES

LOT : 190002

PER : 06/2022

PRIX : 220 DH

DUOFLEX 60 GELULES

LOT : 190001

PER : 02/2022

PRIX : 350 DH

DUOFLEX



VEGEBOM 100g

PPC : 99,00 DH

Ut av :
Jan/ 2022

Lot :
876219901

MEDIPRO PHARMA

SECOURS

Tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 07
Haj Hassani - Casablanca
10 Ave. Abdelhamid
M. TAHIRI HASSANI
PHARMACIE CHIFA
REVEAL SARL

Tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 07
Haj Hassani
10 Ave. Abdelhamid
M. TAHIRI HASSANI
PHARMACIE CHIFA
REVEAL SARL



lieu :
ville :
établissement sanitaire :

FICHE DE RÉFÉRENCE

NOM DU PATIENT :

PRÉNOM :

Fatma Berhif

Sexe :

☐ masculin ☐ féminin

titulaire de la CMB ou autres documents :

cas :

- AR : Cardiopathie

LIEU DE RÉFÉRENCE et Lieu de référence :

général depuis son entrée à la G

→ Rx ds 2 genoux

ÉTAT REÇU :

F+P

RADIOLOGIE MAROCCAISE
BERHADIM - BENJILAZ
17, RUE MOUS-BOUL
BOULEVARD 2-1 - 132
Tél : 05 35 33 6

RESUME DES INFORMATIONS UTILES :

et signature du médecin :

Fait le :

5/9/19

Contratante



nom : CHR My yasser
village :
établissement sanitaire :

FICHE DE RÉFÉRENCE

NOM ET PRÉNOM :

...

Fatma Behtif

...

Sexe :

☐

masculin

☐

féminin

titulaire de la CMB ou autres documents :

...

1949

LIEU DE RÉFÉRENCE et Lieu de référence :

AB = cardioguo

pharynx

ITEMENT REÇU :

RADIOLOGIE MAARIF
BORDJ BOULEVARD
17, Rue A. H. Bani
Tél: 9522 24 74 22
Fax: 9522 23 77 1

RES INFORMATIONS UTILES :

→ ostéodensitométrie

et signature du médecin :

Fait le

5/9/19

Confraternelle

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 10/09/2019

Facture

Nom & Prénom : **BERHIL FATNA**
Date d'examen : 10/09/2019

Examen(s)	
GENOUX F/P	
Montant TOTAL	500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17. Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax: 0522.23.77.05

17. Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Dr. BENYAHIA Zakaria

C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed

C.E.S de Radiologie

Casablanca , le 10/09/2019

Mme. BERRIL FATNA

■ I.R.M. (1,5 Tesla)

■ SCANNER VCT

(64 Barettes)

Angioscanner

Coroscanner

coloscanner

Denta-Scanner

■ SCANNER
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER
COULEUR

Rx DES DEUX GENOUX F/P :

- Pincement fémoro-tibial interne bilatéral.

- Pas d'anomalie ostéo-articulaire par ailleurs.

- Minéralisation osseuse normale.

- Pas d'anomalie des parties molles.

Dr. BERRADA M.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA/M. BENYAHIA Z.
17 Rue Med Bahi
Tél: 0522 25 74.82
Fax 0522 23 77.05

Avec mes amicales salutations.

16, Rue Mohamed BAHJ
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif

20 100 Casablanca

Radiologie du Maârif :

Tél. : 05.22.25.74.82

05.22.25.30.30

05.22.23.79.34

Fax : 05.22.23.77.05

I.C.E : 001745076000019

Centre IRM du Maârif :

IRM : 05.22.23.23.12

05.22.99.30.31

Fax : 05.22.25.38.73

irm-maarif@hotmail.fr

I.C.E : 001744959000074

Patente : 34770967

I.F. : 1087675