

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

ND.29090

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008630

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAYADI Moustapha Date de naissance :
Adresse : Rue des gros et de collins N° 6 OASIS
Tél. : 0676099797 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 : M. g. m. Nefab N

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) :

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
29.1.10			300,00	
29.1.10			50,00	

29/10		30/10	
29/10		30/10	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	29/5/20	650,30
	29/5/20	250,90
	29/5/20	732,60
	29/5/20	85,50

	29/5/20 29/5/20 29/5/20 29/5/20	650,30 250,90 732,60 85,50
---	--	-------------------------------------

[illegible]

[illegible][illegible]

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'O.D.F.												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient des Travaux								
				Montants des Soins								
				Début d'exécution								
			Fin d'exécution									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins								
				Date du devis								
				Date de l'exécution								

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

					Coefficient des travaux	
					Montants des soins	
					Début d'exécution	
					Fin d'exécution	

	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000			00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552											
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS											
		DATE DU DEVIS											
		DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maarif - Casablanca

Tel. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

29/1/00

223.60 x 2

① inexu 40

SV

1 x 30

22.20 x 5

① Colu-pare

SV

2 x 2 2 20

28.50

① Felbino Rst 2

SV

86.70 x 2

① Srol-lud 1.6 20 x 20

SV

39.80

① Laro xg 100 - 300 x 2 60

SV

650,30



مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Kadi Iass Maarif

022.990.990 - Fax: 022.23.45.40

CASABLANCA

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J100



PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J071



PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J037



PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J037



P.P.V:

78 DH 90

78,90



PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J099



SYNTHEMEDIC

22 rue souheir hrou al aouam rockes
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boite 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue souheir hrou al aouam rockes
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boite 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV: 86,70 DH



PPV: 39DH80
PER: 09/22
LOT: I2176

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV: 86,70 DH



مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tel. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

29.10.11

85,50

① New flex gel 

box 12 30''

85,50

~~CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
05 22 990 990 - Fax: 05 22 23 45 40
CASABLANCA~~

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
05 22 990 990 - Fax: 05 22 23 45 40
CASABLANCA

ISOPHARM
KEMATEX HANNOVER
85.50 DM

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

29/06/15

338,00 x 2

① Hyalgan 2ml (SV)

56,60

② Dopbas 1ml (SV)

732,60

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
022.990.990 - Fax: 022.23.45.40
CASABLANCA



COOPER PHARMA

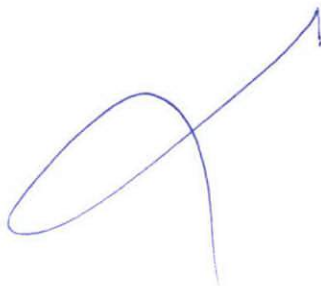
PPV: 338,00 DH

COOPER PHARMA

PPV: 338,00 DH



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V. : 68,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tel.: 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax: 05 22 23 45 40

Casablanca, le

29.1.00.

194,60

①

No por ore

SV

1 / semaine

56,30

D

Due 25.000

SV

1 dose / semaine x 45

250,90

~~XXXXXXXXXX~~

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif
Casablanca
Tel.: 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax: 05 22 23 45 40
M

PPV :
LOT :
EXP :

56.30 DH
19K13/B
11/2021

D-CURE[®] AMPOULE



6 118001 320080

4 comprimés pelliculés
Voie orale

248
71000

PPV 194DH60
EXP 06/22
LOT 186077

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le **29/05/2020**

NOM : Mme BAYADI RKIA

DOCTEUR , LATIF IDRISSE

FACTURE

DESIGNATION	TOTAL
* DR LATIF IDRISSE * CS	300,00
* PART CLINIQUE	50,00
TOTAL	350,00

Arretée la presente facture a la somme de ,

TROIS CENT CINQUANTE Dirhams



Bon de Consultation

N° 24149

Date : 3/6/20

Nom : LAKLACH RAKIA

Médecin traitant : Dr. D. Missi

- Consultation : 600DH

- Imagerie :

- Laboratoire :

- Autres :

- Total : 650DH

- Clinique : 50

- Honoraires :

- Radiologie :

- Laboratoire :