

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Prendre en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0034560

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1482 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KHAILA NOUREDDINE  
Date de naissance : 1.3.50  
Adresse : HAY NASSIM RUE 1 & 5 n° 24 AIN DIAB  
CASABLANCA  
Tél. : 0661223889 Total des frais engagés : 2271.80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHOUMRI Hakam  
Spécialiste en Chirurgie  
Chirurgie Médicale & Traumatologie

CLINIQUE YASMINE  
Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19  
090004029

Date de consultation : 30 / 11 / 2019  
Nom et prénom du malade : EL KANFOUD NATALE Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Plaie de la main  
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 : 30 / 11 / 2019  
Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
30/11/19	Vin facture		1950,00	<p><b>Dr. KHOUMRI HANANE</b>  <i>Chirurgie  Orthopédie &amp; Traumatologie</i></p> <p><b>CLINIQUE YASMINE</b>  Bd. Sidi Abderrahmane  Tel : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE SUP ANFA</b>  <b>Dr. Monia CHABACH PHA</b>  Rte d'Azlemour, Anfa Supérieur  (Tel: 05 22 95 01 16)</p>	30/11/19	521,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

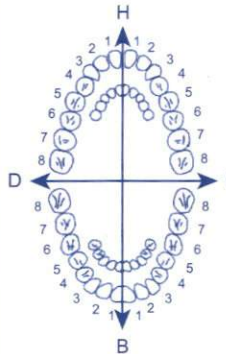
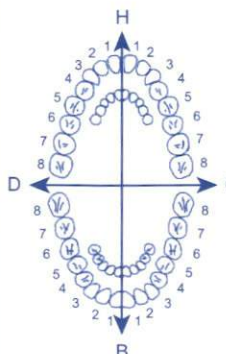
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

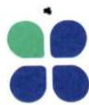
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 7

Amu NASTAT BL KANFOND

222,00

PPV: 222,00 DH  
LOT: 615287  
PER: 11/20

4 my meeting 1p  
168,20 15 x 31; x

PPV: 168,20 DH  
LOT: 621952  
PER: 02/21

10,60

21 10/07/20 1p 4p  
10,60 1p x 31; x 3

79,00

79,00

3 Mejlal nt up  
42,00 1p 1; x 3

LOT 181037  
EXP 02/2021  
PPV 42.00 DH

41 Kalist 20 up  
521,80 1p 1; x 19

الصيدلية  
PHARMACIE SUKMAN  
Dr Mounia CHABACH  
Rte d'Azzemour, Anfa Supérieure  
Tel 05 22 39 01 16

Dr. KHOMMADIA  
Membre du  
réseau de  
cliniques



090004029



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

Casablanca le :

20.11.19

Mme NAFAT ELKANFORO

Rx mae G

fa D

CLINIQUE YASMINE  
Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19  
090004029

Dr. KHOUSSAYEM  
Médecin Généraliste  
Clinique Yasmine



090004029



# CLINIQUE YASMINE

MEDICO-CHIRURGICALE  
bd sidi abderrahmane hay hana  
TEL 0522 39 69 60

## F A C T U R E

N° 19 005 823 / 2019 du 30/11/2019

Nom patient : EL KANFOUD NAJAT

Entrée 30/11/2019

PAYANTS

Sortie 30/11/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RX MAIN F/P	1,00	RX	250,00	250,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	850,00
Total Clinique				850,00
DR. KHOUMRI HAKAM (traumatologie)	1,00		900,00	900,00
			<i>Sous-Total</i>	900,00
Total Autres prestations				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 1 750,00





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

DATE :

Casablanca le :

30/11/19

## COMPTE RENDU RADIOGRAPHIE

NOM ET PRENOM DU MALADE :

NATAF ELKANDOU

RADIO :

main

DROIT

GAUCHE

FACE

PROFIL

RESULTATS :

pas de fracture  
ni de luxation  
ni de tumeur  
ni de cyste

CLINIQUE YASMINE

Bd. Sidi Abderrahmane

Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19



090004029

Dr. KHOUALDI Hakam  
Radiologue



090004029

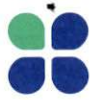
شارع سيدي عبد الرحمان، زاوية زنقة سجلماسة، حي الهناء، الدار البيضاء، المغرب

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc

Tel : (+212) 5 22 39 69 60 Fax : (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com

Membre du  
réseau de  
cliniques

Oncorad  
Groupe



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

Casablanca le :

20.07

Centre Medecine Medical

Mme NATA EL KHANOUSSI

A été présentée après

pour une place de l'école

présentée, par laquelle

elle a bénéficié

de soins

CLINIQUE YASMINE

Bd. Sidi Abderrahmane

Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19



090004029

Dr. KHOUSSI Hakim



090004029