

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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° P19- 067362

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0004220

Société : MLC 30389

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAID JAMILA

Date de naissance :

Adresse : 10 rue oued Shou Hay Saada
Bevredid

Tél. : 0617 81 8131

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 :

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 : 26 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	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																		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17/0051098		 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 17/ 051098

DATE DE POT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom Mustafa JAMILA			
Fonction	Phones 06 17 31 81 31		
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 20/03/20	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Sec hypnotique malin			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
		Signature et Cachet du médecin 	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
cons- injection		300.00 150.00	
PHARMACIE		Date 19/03/2020	
Montant de la facture			
127.15		Signature et Cachet de la pharmacie 	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tel.: 05 22 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 05 22 33 66 62

ORDONNANCE

Berrechid, le 12/31/2020

1^{re} Jamaïla Nafie

49.40
✓ M Durep
27.25
2) -
127.15
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tel.: 05 22 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 05 22 33 66 62

Pro
Lipides : < 1 g

Valeur énergétique/100g

149 Kcal/643 kJ.



5 420024 611207

Autorisation du Ministère de la Santé :
N°0A20170607563DMP/20UCA/RQv3

A consommer de
préférence avant fin :

Lot N° :

Voir ci-contre :

77,75 DH
Lot: 02052019E
Per: 05-2022

3, Rue Okba Ibnou Nafie - 26100 BERRECHID - Tél.: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62

E-mail : clinichaouia@gmail.com - ICE : 0015330900000

ESNAPHARM
Laboratoire



مصلحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

FACTURE N°0971/20

Nom : MOUSTAID
Prénom : JAMILA

Cs Dr BENSALAH : 300.00DHS
INJECTION : 150.00DHS

Arrêté la présente facture à la somme de :

« QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS ».

Berrechid le : 20/03/2020

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
26100 BERRECHID
Tél : 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62
Fax : 05 22 32 57 58
E-mail : clinichaouia@gmail.com
ICE : 001533090000059