

# 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.

## 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

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: 32315

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004438

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12531 Société : UTM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Roussi Rachid Date de naissance : 21-12-1986  
Adresse : Case 9000 Fes des vergers 1-233  
Tél. : 06 43 36 194 Total des frais engagés : 0,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 06/07/2020  
Nom et prénom du malade : Komso Age : 20 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Stepe  
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 : 06/07/2020 Le : 07/07/2020


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
06.07.2022	KIS	HN	1000,00	 Dr. Omar JAMAL 34, Bd. J. J. Roudani Tél: 05 22 99 44 99 Fax: 06 61 14 74 33
		PC	V.F.N° 2196	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.07.22	19,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

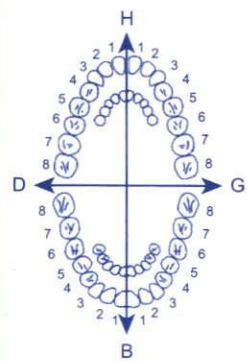
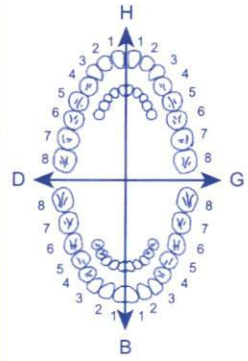
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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																	
	(Création, remont, adjonction) 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

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06.07.20

Romani Riba.

2 ans

14/10/20

19/

Belmedal snaps

10x10 3x10x10

C Bachospy

3x10x10

Docteur Omar JAMAI  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
340 - Bd. Brahim Roudani  
Tél : 0522 522 21 00 / Fax : 0522 522 87 81  
Urgences : 0661 14 74 33



أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06.07.2020.

## NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur..... Jamai Omar.....

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

..... Rouisset RiTa.....

Et lui adresse l'usage, sa note d'honoraire.

Soit la somme de..... 500,00.....DHS

SIGNATURE

Docteur Omar JAMAI  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
340, Bd. Elahim Roudani  
Tél. / Fax : 0522 99 44 99  
Urgences : 0661 14 74 33



أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06.07.20

Romiss Riba.

2 ans.

RC Plase scalp.

Dém Dange et ondu. 15/5

CBO : S/AL  
Dange Dange  
Chonhus Dange  
vingt capoch 4/6



# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 06/07/2020

**Facture N° 2494/20**

Etablie par NAJWA ACCEUIL Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X0G067989

MUPRAS

N° Identifiant : 20075120/20

**Nom & Prénom : ROUISSI RITA**

C.I.N. : MCC

Date Début : 06/07/2020

Date Fin : 06/07/2020

Adresse :

Traitement :

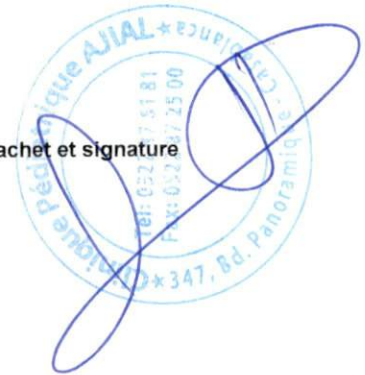
Médecin : JAMAI OMAR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
K15	1	500,00			500,00
Total Rubrique :					500,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>500,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. JAMAI OMAR (CHIRURGIEN INFANTILE)	1	500,00			500,00
Total Rubrique :					500,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>500,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>1 000,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille Dirhams

Cachet et signature



Bureau Boucho's.

Case 46-9607-07-2

CIN. 8277453

N<sup>o</sup> 12531

Monsieur,

Je porte à votre connaissance que

ma fille s'est mariée hier en date du 06-02-20  
en jasant à la maison.

Boucho's Rouss

