

## 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-537020

33061

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0406

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL M'HAMED

Date de naissance : 01-01-1934

Adresse : Cité Mabrouka, Rue 27 N 108 CAS

Tél. : 0697678607

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Jalal HASSOUN  
Chirurgie orthopédique et Traumatologie  
42 Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux  
Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Septicémie BPH

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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
08/07/20	1148.30	
09/07/20		
10/07/20		
11/07/20		
12/07/20		
13/07/20		
14/07/20		
15/07/20		
16/07/20		
17/07/20		
18/07/20		
19/07/20		
20/07/20		
21/07/20		
22/07/20		
23/07/20		
24/07/20		
25/07/20		
26/07/20		
27/07/20		
28/07/20		
29/07/20		
30/07/20		
31/07/20		
01/08/20		
02/08/20		
03/08/20		
04/08/20		
05/08/20		
06/08/20		
07/08/20		
08/08/20		
09/08/20		
10/08/20		
11/08/20		
12/08/20		
13/08/20		
14/08/20		
15/08/20		
16/08/20		
17/08/20		
18/08/20		
19/08/20		
20/08/20		
21/08/20		
22/08/20		
23/08/20		
24/08/20		
25/08/20		
26/08/20		
27/08/20		
28/08/20		
29/08/20		
30/08/20		
31/08/20		
01/09/20		
02/09/20		
03/09/20		
04/09/20		
05/09/20		
06/09/20		
07/09/20		
08/09/20		
09/09/20		
10/09/20		
11/09/20		
12/09/20		
13/09/20		
14/09/20		
15/09/20		
16/09/20		
17/09/20		
18/09/20		
19/09/20		
20/09/20		
21/09/20		
22/09/20		
23/09/20		
24/09/20		
25/09/20		
26/09/20		
27/09/20		
28/09/20		
29/09/20		
30/09/20		
01/10/20		
02/10/20		
03/10/20		
04/10/20		
05/10/20		
06/10/20		
07/10/20		
08/10/20		
09/10/20		
10/10/20		
11/10/20		
12/10/20		
13/10/20		
14/10/20		
15/10/20		
16/10/20		
17/10/20		
18/10/20		
19/10/20		
20/10/20		
21/10/20		
22/10/20		
23/10/20		
24/10/20		
25/10/20		
26/10/20		
27/10/20		
28/10/20		
29/10/20		
30/10/20		
31/10/20		
01/11/20		
02/11/20		
03/11/20		
04/11/20		
05/11/20		
06/11/20		
07/11/20		
08/11/20		
09/11/20		
10/11/20		
11/11/20		
12/11/20		
13/11/20		
14/11/20		

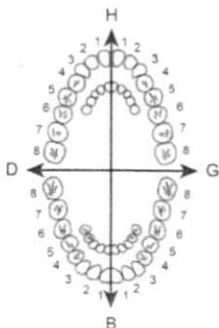
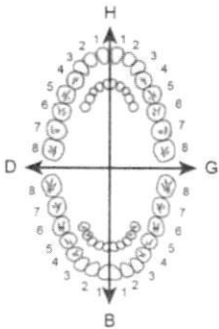
[illegible][illegible]

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000    00000000</p> <p>35533411    11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT





مصحة الياسمين

Clinique Yasmin

Casablanca le :

08/05/2020

MR

Habib Rhame

نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 200268 2

EXP 01/2022

PPV 347.00 DH

نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 200267

EXP 01/2022

PPV 347.00 DH

10/60  
x2  
1 Dabigatran 160  
160 x 31/1 x

170.00  
x2  
2 Celebrex gel 200

149.50  
x2  
3 Spectrum 500

49.80  
x2  
4 Flagyl 500

347.00  
x2  
5 Celebrex gel 200

347.00  
x2  
6 Celebrex gel 200

347.00  
x2  
7 Celebrex gel 200

10/60

10/60

CELEBREX 200 MG  
Boîte de 20 gélules

1277827

Date Fab: 07/2018 Date Exp: 06/2022

PPV: 150,00 DH

LOT 200159

EXP 01/2023

PPV 149.50 DH

LOT 196009  
PER: 09/2024  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V.: 49DH80

LOT 196007  
PER: 07/2024  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V.: 49DH80

6 118000 060062



090004029

شارع سيدي عبد الرحمن، زاوية قلعة سيجلماسة حي الهناء، الدار البيضاء، المغرب  
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc

(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 @contact@cliniqueyasmin.com

Membre du  
réseau de  
cliniques

Oncorad  
Groupe

6 - Asmaïne S  
34.00



P  
Pour Bandements:

1 flacon de serum Sale  
1 flacon de Bêladine aqueuse  
05 paires de gants stériles  
04 boîtes de compresses stériles  
02 u de bêladine tuile.

1148,30

