

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-534977

MUPRAS  
RECEPTION 9

40481

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KAHALLAHIA MUSTAPHA  
 Date de naissance : 01/01/1954  
 Adresse : 42 PASSAGE 13 TISSIR (R)  
 Tél. : 0706 75 9374 BERRECHTO  
 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2020  
 Nom et prénom du malade : KAHALLAHIA MUSTAPHA Age : 66 ans  
 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 : DAROUA Le : 15/09/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

**RES**

Cachet et signature d'  
attestation de Paiement.

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
*[Signature]*

**Dr Vera Martinkina**  
Généraliste - Unirévisite  
INP 0912306855

[illegible]

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

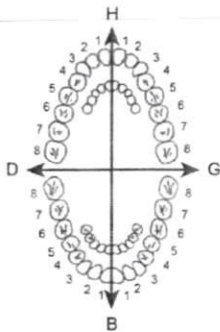
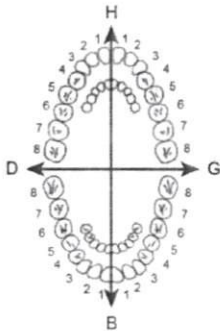
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
19/06/2020	19/06/2020			Enquie		6590
				Chaque		

## 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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> ————— </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  ————— <b>G</b>  00000000  00000000  35533411  11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مصحة ميموزا - الحمديّة  
Clinique Les Mimosas - Mohammedia

Mohammedia, le: 19/06/2020  
الحمديّة في:

Nom et Prénom: Rapport médical

je soussigne  
avoir consulté M<sup>r</sup> Kahalla-  
hia Mostapha, qui présente  
des douleurs abdominales,  
asthénie physique.

Il a été pris en charge  
par un T1 VV. Sa sortie  
est en état stable +  
un T1 à titre externe

Dr Vera Matchikhin  
Généraliste-Urgéniste  
INP : 091230425

إمارة - إمارات

الكلية Les Minos - Mohammed



Mohammed, le: 19/06/2020

Dr. Vera Matchikina  
Généraliste-Urgentiste  
INP: 091230425

le Docteur

prie M.

KARIMIA MUSTAFA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui  
présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Consultation + Pafus

S'élevant à la somme de 150,00 (Cinquante Dhs)

Dr. Vera Matchikina  
Généraliste-Urgentiste  
INP: 091230425

19/06/2020

**FACTURE N°10028/20**

**KAHALLAHIA MUSTAPHA**

LIBELLE	MONTANT
DR VERA	450.00
PHARMACIE	350.00
AMI	150.00
FRAIS DE SALLE	150.00
<b>Total</b>	<b>1 100.00</b>

Arrêté la présente facture à la somme de:  
Mille Cent Dirhams

Dr Vera Matchikhin,  
Généraliste Urgentiste  
INP : 091230425

Clinique Les Mimosas  
Mohammédia N°4

19/06/2020

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

KAHALLAHIA MUSTAPHA

FACTURE N°10028

Numéro Facture	LIBELLE	Quantité	PRIX	TOTAL
10028/20	INTRAVENUE	1	33.75	33.75
	PERFUSSEUR	1	35.25	35.25
	ANDOL	1	49.50	49.5
	OMEPRAZOL	1	100.00	100.00
	SERUM SALE 9% 250 ML	1	29.50	29.5
	SERINGUE	1	10.25	10.25
	GANTS STERILE	3	12.54	37.62
	EXACYLE	1	13.88	13.88
	NOSPA	2	13.00	26.00
	CLOPRAM	1	14.25	14.25
TOTAL				350.00

Clinique Les Mimosas  
Bd. Hassan II, La Sraïa 16020  
Tél: 021 25 10 00