

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A L'EGARD

### 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

- Reclamation : 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

## Declaration de Maladie

N° W19-423131

40744

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4856 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GHABBAR Mostafa

Date de naissance : 18/05/61

Adresse :

Tél. : 0661 965316 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : Aff. Oulami Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : BENDOUROU Karima

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) :



# 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
19 AOUT 2020	G	Cs	255,00	INP : 0522 98 15 31

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MOUNIRI	19/8/20	134,10
	18/9/20	4000,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/08/2020	Retinographies (ren fact)	#500,00#

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez 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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Patente : n° 35709720 - I.C.E. : 001637889000073 - C.N.S.S. : n° 2700674**





# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0103096

Date :

Mr :

Docteur :

Type des Verres :

Monture :

\* Vision de Loin :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

\* Vision de Près :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

Add :

Montant :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca  
ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426  
T.P : 023451 - PATENTE : 30057211

**CLINIQUE FRANCE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

<b>NOM DU PATIENT :</b> Mme BENDOUROU KARIMA <b>DATE DE NAISSANCE :</b> 17/11/1960		<b>Sejour :</b> Du 22/08/2020 au 22/08/2020
		
Reçu N°: 142159		
Paiement du 22/08/2020 11h03		
<b>Montant</b>	500,00 Dh	
<b>Type de paiement</b>	Espèce	

Imprimé par : ELOUATTASSI BADIA Le 22/08/2020 11h03

Clinique France Ville  
393, Bd Ghandi Casa  
Tél: 05 22 23 26 27  
R

**CLINIQUE FRANCE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme BENDOUROU KARIMA

Séjour : Du 22/08/2020 au 22/08/2020

**FACTURE**

202004019

Du : 22/08/2020

Etablie par : E. BADIA

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
RETINOGRAPHIE SIMPLE	1	500,00	500,00
TOTAL CLINIQUE			500,00

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arrêtée la présente facture à la somme de CINQ CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	500,00

PAYE EN ESPECE  
LE 22/08/2020  
DE 500,00





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحّة القلب والشرّايين فرانس قفيل

Casablanca le 19-08-2020

Fauri Petrinogaydine  
chy Anne BORDAROU  
KARIMA

Drabotgine M  
Regime - HS. 11.5



**I. COUSSOUS Mohamed**  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Expert Assermenté près des tribunaux  
5 Rue Ibn Nafiss Casablanca  
Tél : 0522 99 44 77 - Fax: 0522 98 15 81

393, Boulevard Ghandi et Angle rue Med fouteh - BP : 20026 Casablanca

Tél: 05 22 23 26 27 • Fax : 05 22 99 30 26 • Tél accès aux chambres : 06 71 80 63 54 / 06 71 80 71 19

• E-mail : cfv@gmail.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

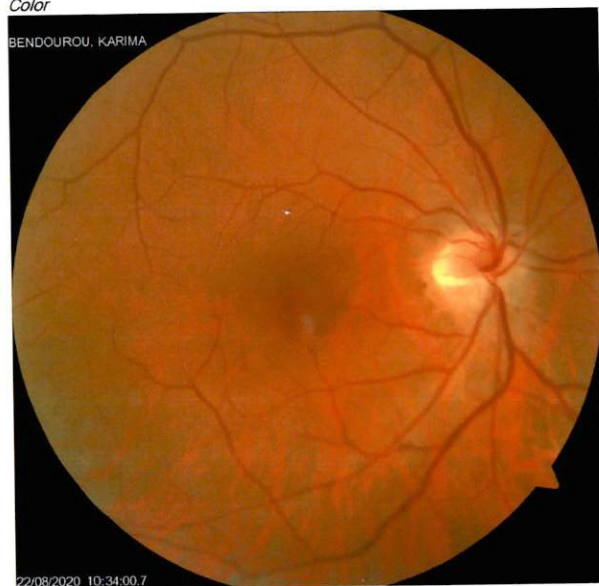
CLINIQUE FRANCEVILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

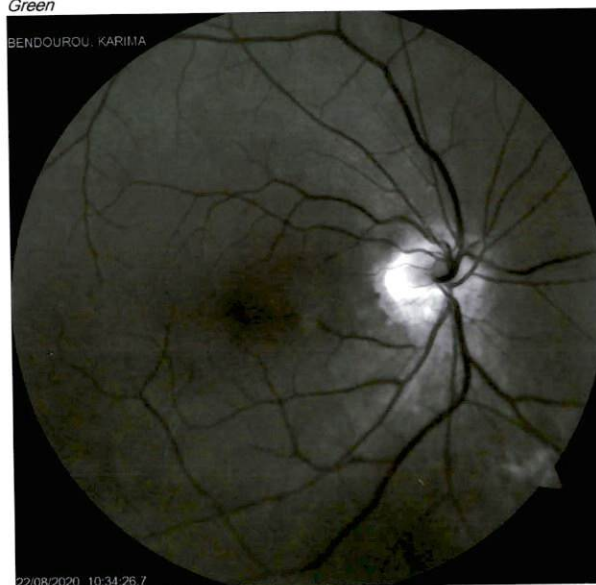
BENDOUROU, KARIMA  
17/11/1960



Couleur OD 45° 22/08/2020  
Color



Vert OD 45° 22/08/2020  
Green



Couleur OD 45° 22/08/2020  
Color



Couleur OD 45° 22/08/2020  
Color



Couleur OD 45° 22/08/2020  
Color



Couleur OD 45° 22/08/2020  
Color





Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

CLINIQUE FRANCEVILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

BENDOUROU, KARIMA  
17/11/1960



Couleur OS 45° 22/08/2020  
Color



Vert OS 45° 22/08/2020  
Green



Couleur OS 45° 22/08/2020  
Color



Couleur OS 45° 22/08/2020  
Color



Couleur OS 45° 22/08/2020  
Color



Couleur OS 45° 22/08/2020  
Color

