

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-698623

127498

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6218

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENTAHILA

MAKIM

Date de naissance :

20/01/1961

Adresse :

25 RES ENNAJD Apt 265 AV STENAHAC

Tél. :

0661781663

Total des frais engagés :

2250,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/06/2022

Nom et prénom du malade :

BENTHAYUN NAOUAL

Age :

61

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse ble dentaire ble

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 :

Casablanca

Le :

24/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

BA



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
21/08/22	Q	2		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
GRAP! Santé Kines 14 Rue El Moukoko Val Fleury 92250 74 - Casablanca Tél: 05 22 25 50 74	23/08/22					10210

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				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				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 24/08/22

BENHAYUN NAOUAL

15 Semaines de rééducation
raison de 23 à 24 par semaine
pour fracture de la tête
de l'humérus Epave D^{re}



GRARI SAMIA

kinésithérapeute



REEDUCATION FONCTIONNELLE
MOTRICE ET RESPIRATOIRE

14, Rue El Moubarid Rés. Claude Noël
Val Fleuri
Tél : 05 22 25 50 24 Casablanca

ثراري سامية

اختصاصية في الطب الجسماني

معالجة كهربائية
دلاك طبي

14 زنقة المبرد
اقامة كلود نويل - فال فلوري
الهاتف : 05 22 25 50 24 الدار البيضاء

Sur Rendez-Vous

Soins à Domicile

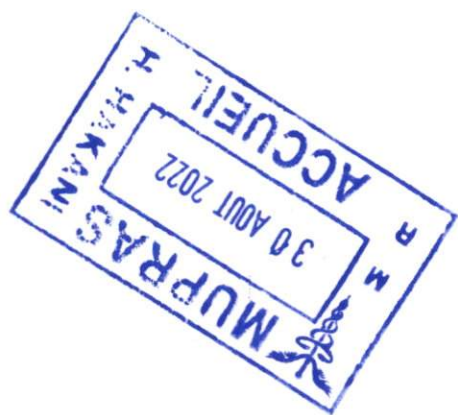
بالموعد

Casablanca, le 27/6/22 الدار البيضاء في

Celendrier de séances de rééducation de
M^{re} BEN ARYAM - NAOUAL

- 1 30/8/22
- 2 31/8/22
- 3 1/9/22
- 4 2/9/22
- 5 6/9/22
- 6 7/9/22
- 7 8/9/22
- 8 14/9/22
- 9 13/9/22
- 10 14/9/22
- 11 16/9/22
- 12 15/9/22
- 13 22/9/22
- 14 24/9/22
- 15 27/9/22

GRARI Samia
Kinésithérapeute
14, Rue El Moubarid Rés. Claude Noël
Tél. 05 22 25 50 24 - Casablanca



[Handwritten signature]

Je soussigné BENTAHILA HAKIH titulaire de la
CIN BAKASAS, Déclare sur l'honneur que mon
épouse BENHAYUN NAOUAL, cin L.100.524
a glissé au sein du domicile ce qui a
entraîné une fracture de l'humérus.
Je reste à votre disposition pour de plus
amples informations.
Je vous prie d'agréer mes salutations les
plus sincères.

CASABLANCA le 29/08/2022

BENTAHILA HAKIH
N° 6218

GRARI SAMIA

kinésithérapeute

REEDUCATION FONCTIONNELLE
MOTRICE ET RESPIRATOIRE

14, Rue El Moubarid Rés. Claude Noël
Val Fleuri
Tél : 05 22 25 50 24 Casablanca



ثراري سامية

اختصاصية في الطب الجسماني

معالجة كهربائية
دلاك طبي

14 زنقة المبرد
اقامة كلود نويل - قال فلوري
الهاتف : 05 22 25 50 24 الدار البيضاء

Sur Rendez-Vous

Soins à Domicile

بالموعد

Casablanca, le 27/9/22 في الدار البيضاء

Facture

pour M^r BEN ABAYOU - NAOUAL

11 séances x 100 min = 2200 min

(Des ill. de cet acte de)

GRARI Samia
kinésithérapeute
14, Rue El Moubarid Val Fleuri
Tél.: 05 22 25 50 24 Casablanca

I. C. I. E : 001994080000078

J. F : 422 01 015