

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0018450

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société : 140125

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSMAIL Hamid

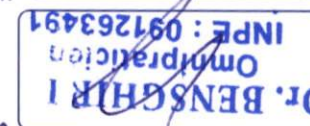
Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661664836 Total des frais engagés : 255.62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/12/2022

Nom et prénom du malade : BENRAHMANIA AMINA Age : 21

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

Nature de la maladie : 1001

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :

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 : 06/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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
06/12/22				DR. BENSCHIRI Omnipraticien INPE: 081263491

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JAMAI enseigne Immo bilier AL HIRDAOUI 15 km A 80 N° 1 Oulfa Hassani - Casablanca Tél: 0522 93 30 25	06/12/22	108,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

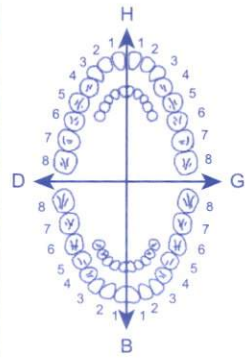
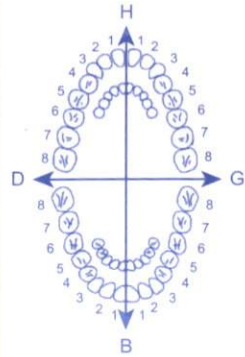
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



وصفة
ORDONNANCE



06/12/22

PPV: 79DH70

PER: 06/25

LOT: L2207



AMIN

49,70

1/ Arix 100mg

15,30 mg / J → 03j

2/ Vita C 1000 mg / J → 03j

3/ Doliplex 500 mg / J → 03j

13,20

4/ CETAMYL 1000 mg / J → 03j

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 06/2025
LOT 27001 1

PHARMACIE JA
Essam El Imami
GH 15 km A 800 m
Hay Hassan - Casablanca
Tél: 0522 93 30

CETAMYL® 1000 mg
PARACETAMOL
Boîte de 10 comprimés PPV: 13,20 DH
6 118000 191438

N° IPP : 889971		N° SEJOUR : 220111534		FACTURE N° 2205032124			DATE D'ENTREE : 06/12/2022		DATE DE SORTIE : 06/12/2022		
ASSURE :							DESTINATAIRE : BENRAHMANIA,Amina				
MALADE : BENRAHMANIA,Amina											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE			% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A		V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					28.00					0.00	28.00
FOURNITURES MEDICALES					1.92					0.00	1.92

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD		TOTAUX :		157.42						157.42		
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE SEPT DHS ET QUARANTE DEUX CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
				REMISE :		0.00		REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:		157.42						
DATE FACTURE : 06/12/2022		EDITEE LE : 06/12/2022		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :				
						Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				