

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

M22- 0053507

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENSMAN Hamid
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661664836 Total des frais engagés : 1012.80 Dhs


Cadre réservé au Médecin

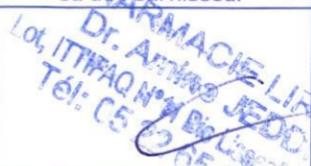
Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/05/2023
Nom et prénom du malade : BENRAHMANIA Amin Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
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 : Le : 25 / 5 / 2023
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
25/11/2023	G		200,00	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/11/2023	G		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/5/23	8 12, 80

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/5/23	812,80

[illegible]

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

[illegible]

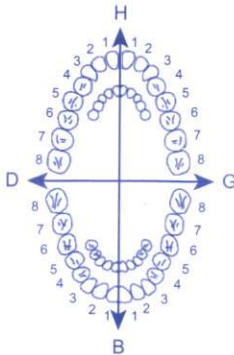
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

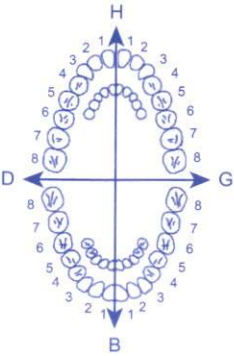
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		

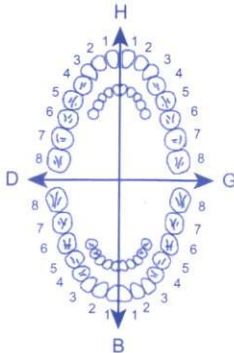
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

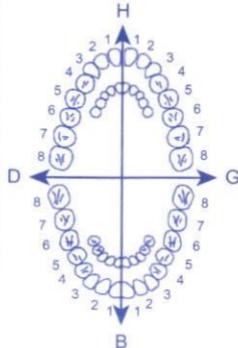
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G								
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	D	B								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	(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"/>									

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)
Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale
Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse
Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)
Stérilité du couple - Bordeaux (France)
Echographie - ECG



الدكتور الطاهري شفيق

السكري - بوردو (فرنسا)
لحمية الطبية - بوردو (فرنسا)
الحمل
بنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)
فرنسا)
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 25/5/23 - الدار البيضاء, في :

Mr Benachman Amine

114,40x6

1) Dipu 20x12x10



79,90x2

43,30x2

2) Abo 1x



1 8x2W

3) Dux 1x2

3x - 2x - 2x

4) Costal 10xW

1 8W

812,80

PHARMACIE LIP
Dr. Amine JEDDI
Lot, ITTIFAQ N°11 Bld. L. Scaia Casa
Tél: 05 22 85 01 81

Dr. Chafiq
Médecine Générale - Oued
Noussouf - Oued
879, Bd. Oued Tensiff
Tél: 05 22 85 01 81 / Fax

PPV: 114DH30
PER: 11/25
LOT: L3889

PPV: 114DH30
PER: 11/25
LOT: L3889

PPV: 114DH30
PER: 07/25
LOT: L2452

PPV: 114DH30
PER: 12/24
LOT: K3476

PPV: 114DH30
PER: 07/25
LOT: L2452



PPV: 114DH30
PER: 05/25
LOT: L1698

43,30

19,90

19,90

19,90