

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-831779

192516

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13188

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOULMI BENJELLOUN HANZA / GHALI

Date de naissance : 06-05-1990 / 17/09/2023

Adresse : lot Bouchara N° 67 Sidi Maatoug

Casablanca

Tél. : 0645 07 77 68

Total des frais engagés : 329,90 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/2023

Nom et prénom du malade : Benjelloun Toulmi Ghali

Age : 17/09/23

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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 : 18/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

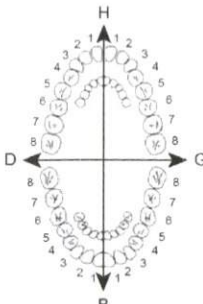
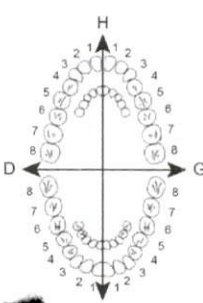
VOLET ADHERENT

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
18/12/23	u	u	252,1971	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie MO 93, Lot. Roudha Route 1100 Sidi Maârouf-Casablanca Tél: 0522 27 53 20	18/12/23	79,90

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
		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 : 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
																											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 11433553 11433553 </div> </div>					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"/>																						
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 2;"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>[Création, remont, adjonction]</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </div> </div>					[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires																					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]	Montant des Honoraires																										
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

الدركتورة ن. سمينة

خريجة كلية الطب تور (فرنسا)

Docteur N. SMINA

Diplômée de la faculté de Médecine de Tours (France)

PÉDIATRE

- Maladies des enfants de la naissance à 16 ans
- Allergie Pédiatrique
- Asthme
- Nutrition et traitement de l'obésité de l'enfant
- اختصاصية في طب الأطفال من الولادة إلى 16 سنة
- حساسية الطفل
- الربو
- علاج مشاكل التغذية و السمنة عند الطفل

Casablanca, Le

18/12/23

I faut benzilline. Touini - Ghali

Fitness sup

1 ent 2 / 8



Pharmacie Morsad
92, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 05 22 32 19 29

Dr. N. SMINA
PÉDIATRE
3, Lot. Elkhelil
Casablanca
Tél: 05 22 58 10 07

تجزئة الخير رقم 8 سيدي معروف اولاد حدو - الدار البيضاء 20280 - الهاتف: 05 22 58 10 07

Lotissement EL Kheir N°8, Sidi Maârouf, Oulad Haddou- Casablanca -20280 - Tel.: 05 22 58 10 07

Email: n.smina@yahoo.fr



8 032578 479522

Lot :
À consommer
avant le :

230027
01/2025

PPC : 79,90 DH