

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-551365

47393

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7209 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENLAHOUAR SMAIL
 Date de naissance : 31/10/1965
 Adresse : 60, DES HOUARIAH Rue EZZAHRAOUI ABEN EL KACEM, Quartier des Hôpitaux CASABLANCA
 Tél. : 06 61 71 05 87 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur SEDDIKI AFIF
 Chirurgien - Oculiste
 Résidence N° 10, Rue Charles Nicolas
 Quartier des Hôpitaux - Casablanca
 Date de consultation : 05/11/2020
 Nom et prénom du malade : BENLAHOUAR SMAIL
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : BENLAHOUAR SMAIL
 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 : 05/11/2020
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/06/05 | AG | 2 | AG | Dr. SEDDIKI AFIF Chirurgien - Urologue INPE 091126425 Résidence Nour, Place Charles Nicolas Quartier des Hôpitaux - Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

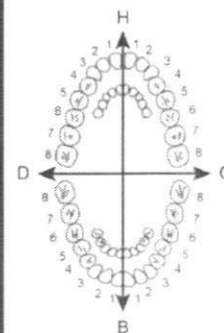
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE CHARLES NICOLLE Dr. FAVARD ENYACHAÏBI Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Casa Tél. : 05 22 49 26 74 / 98 Fax : 05 22 49 26 71 | 01/06/05 | B 100 pour | 100,00 04 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

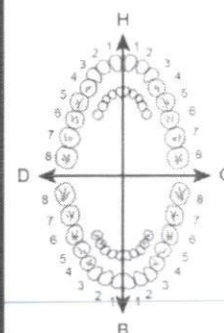
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Docteur Seddiki Afif

CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - France
Ancien Urologue des Hôpitaux Militaires - Maroc

Andrologie - Troubles sexuels

Stérilité masculine

Diplômé de l'Université de Paris

الدكتور الصديقي عفيف

إختصاصي في جراحة

الجهاز البولي والتناسلي

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

ثم المستشفيات العسكرية بالمغرب

خريج كلية باريس

Fait à Casablanca, le

05/11/2020

MR BENACHOUAR Igmail

le CRP

LABORATOIRE CHIMIE
DR. FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Casa
Tél. : 05 22 49 26 74 / 98
Fax : 05 22 49 26 71

DOCTEUR SEDDIKI AFIF
Urologue
Résidence Nour, Place Charles Nicolas
Quartier des Hôpitaux - Casablanca

FACTURE : 37137

Casablanca, le 05/11/2020

CN 46003

Nom et Prénom : **Monsieur BENLAHOUAR Ismail**
Référence : **051120 077**

BILAN :

CRP B 100

Prélèvements : 1 25,00 Dh

MONTANT NET : 159,00 Dhs (Soit 100 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cent cinquante neuf Dirhams et zéro centime

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
R. Pasteur 21, Place Pasteur - Casa
Tél. : 05 22 49 26 71 / 98
Fax : 05 22 49 26 71

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

Prélevé le 05/11/20 à 15h10

par le Laboratoire

Reçu le 05/11/20 à 15h10

Date de Naissance : 31/10/1965

Edité le: 05/11/20 16h16

Résultats complets

Monsieur BENLAHOUAR Ismail

CN 46003 RF: 051120077

Dr. SEDDIKI AFIF

CASABLANCA, le 05/11/2020

BIOCHIMIE



Seuls les examens mentionnés avec le symbole [AC]
sont couverts par l'accréditation

Portée d'accréditation
AA02/2019

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

PROTEINE C REACTIVE (CRP) : 4.02
(Technique Immunoturbidimétrique ROCHE)

mg/l (< 5)

Biologiste adjoint

Biologiste Dr Mireille FAVARD

1 / 1