

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Instructions 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.

Pathologie 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

0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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

N° M20- 0000424

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

6.8882 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9947

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHARKI - OMAR

Date de naissance : 15-05-1969

Adresse : Perle de Nouaceur 4 - immeuble 5 - apt 6
Nouaceur

Tél. : 06-61-19-4823

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2021

Nom et prénom du malade : BENCHARKI - OTHMANE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/04/2021	ce+fc	3000		 DR. HICHAM SIBAI Spécialiste en Chirurgie Pédiatrique 2 Mars 1964 rue de Rome, Rés. A Hayat 25 - Casablanca 06 61 26 98 58

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. S. SOUSSI Rm. 94, BOULEVARD D'ALGER Tél: 05 22 51 47 07	05-04-21	177,70

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

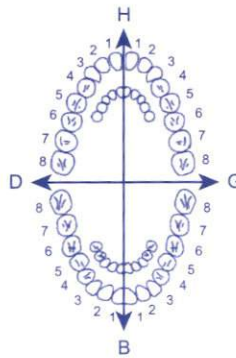
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div><div>B</div></div>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 05/04/21.

Benchiarki otomane

138,00

①

Bachosmay



3 x 1

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BEN ELLOUN
Imm. 94, Lot NAUT 04-DEBOUA
Tél: 05 22 51 47 07

39,70

②

Facchine celmo



1 att. x 35

177,70

~~Dr. FOUAD BEN ELLOUN~~
Pr. en Chirurgie Pédiatrique
117, Av. 2 Mars, Angers, rue de Rome, Casablanca
5ème Etage N° 25 - Casablanca
Tél: 0522.28.04.05 / 0659.26.94.58

CONSEILS D'UTILISATION

Vaporiser le produit pur
directement sur les zones
concernées, ne pas rincer.
Usage externe. Ne pas avaler.

COMPOSITION

Chlorhexidine, Chlorure de
benzalkonium, Chlorphénésine,
Glycérine, Propylène glycol.

INGREDIENTS

Aqua, propylen glycol, glycerol,
benzalkonium chloride,
chlorhexidine digluconate,
chlorphenesin.

BACTOSPRAY

LOT: 5348

EXP: 11 /2023

PPC: 138.00DH

Laboratoire ADDAX