

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- N° 004638

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01697 Société : RAM 124958

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELBEIDA Mohammed

Date de naissance : 21/01/1955

Adresse : RD 12614 VILLAGE ASSANI CASA

Tél. : 0662026473 Total des frais engagés : 835,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/1/2022

Nom et prénom du malade : BELBEIDA Mohammed Age : 67

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 18/1/2022

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
13/07/2022	CS		489,00	 DOCTEUR MOULAY DRISS SENTISSI Médecin Anesthésiste Réanimateur Code INP: 911 28 520

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/07/2022

435,9004

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

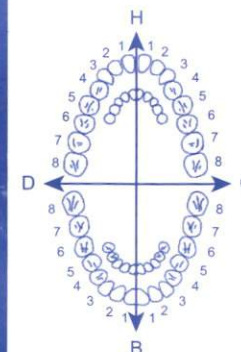
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Da Vinci

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024
LOT 18066 76

Casablanca, le 13/07/22

79,70

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L358

79,70

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L204

Benfbaicha Mohamed

205.0

1) Talaric S.V 1000 mg cp

79.70 x 2 rep 1j pelt 7j

2) Azix S.V 1000 mg cp

rep 1e jour

15,30 x 2 1/2 cp pelt 6j

3) Vit C S.V 1000 mg cp

rep 1j

Vita C1000®

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 01/2025
LOT 19036 22

PPV 15DH30
EXP 01/2025
LOT 19036 18

blanca
31 04 38

Pharmacie SOPHIA
Mme Ep. Slaoui
214, B
Casablanca - tel: 05 22 36 01 64

4) Zinaskin 40.90

Pharmacie SOUHA
Mme. Benbrahim Ep. Staoui
214, Bd. ... rd Ibnou Sing
Casablanca - Tel: 05 22 33 01 41

rep /
Rhuix sachet

sachet x 4/1

2 435.90

GIMES
Clinique
709, Bd. Modibbo
CE : 00233

PHARMED LOT : 9653
UT.AV 05-25
PPV 200H00

A24050

Pharmacie SOUHA
Mme. Benbrahim Ep. Staoui
214, Bd. ... rd Ibnou Sing
Casablanca - Tel: 05 22 33 01 41

22, 70

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاكي صيدلي مسؤول

CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 13-07-2022

Facture N° 03912/22

A. Identification

N° Dossier : VNC22G13153153

N° Identifiant : 005967/21

Nom & Prénom : M. BELBEIDA MOHAMMED

C.I.N : B277302

Adresse : HAY EL HANA RUE 17 N 24 CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-07-2022

Date Sortie : 13-07-2022

Médecin traitant : DR . SENTISSI MOULAY DRISS

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE DA VINCI
709, Bd Modibo Keita - Casablanca
ICE : 002334512000037