

# 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 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

- Reclamation : 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.

Matricule : 5711 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre : MC

Nom & Prénom : SARINA BENDAOUD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

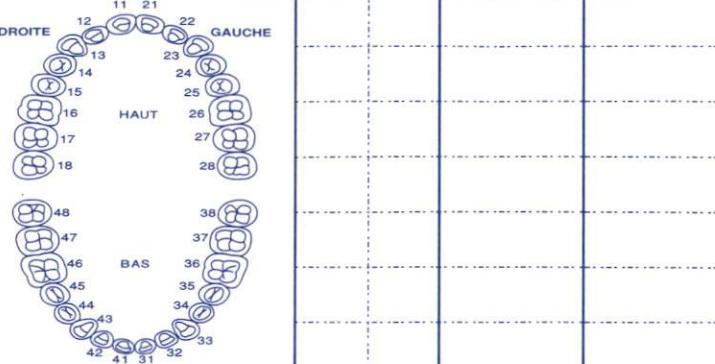
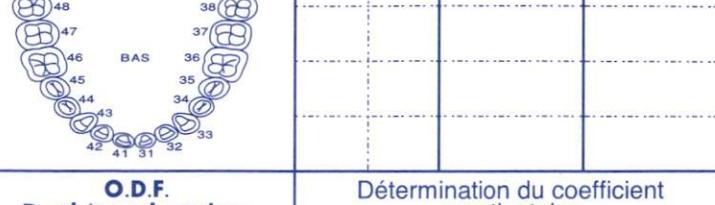
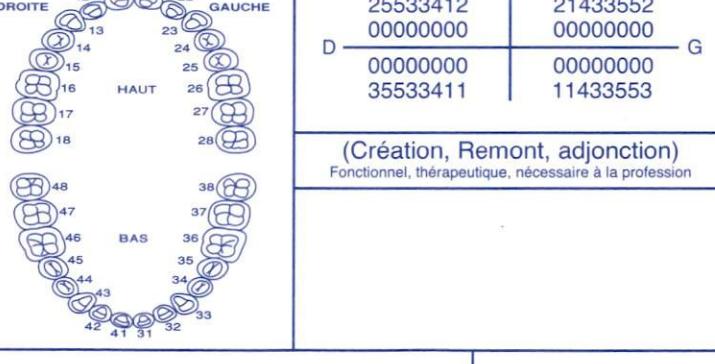


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div> <b>Montant des soins</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div> <b>Début d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div> <b>Fin d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>															
																				
DROITE	11 21 22 23 24 25 26 27 28																			
	12 13 14 15 16 17 18																			
HAUT	29 30 31 32 33																			
																				
DROITE	34 35 36 37 38 39 40 41 42																			
	35 36 37 38 39 40 41 42 43																			
BAS	44 45 46 47 48																			
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire																		
		<table border="1" style="width: 100px; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;">DROITE</td> <td style="width: 50px;">11 21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td style="width: 50px;">GAUCHE</td> <td style="width: 50px;">29 30 31 32 33</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td>12 13 14 15 16 17 18</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		DROITE	11 21 22 23 24 25 26 27 28	GAUCHE	29 30 31 32 33	HAUT	12 13 14 15 16 17 18			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession								<b>Coefficient des travaux</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div> <b>Montant des soins</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div> <b>Date du devis</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div> <b>Fin d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>
DROITE	11 21 22 23 24 25 26 27 28	GAUCHE	29 30 31 32 33																	
HAUT	12 13 14 15 16 17 18																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>Visa et cachet du praticien</b> <u>attestant le devis</u>		<b>Visa et cachet du praticien</b> <u>attestant l'exécution</u>																		

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <b>BOUDHAR FATNA</b>	<b>Mle 5811</b>
DECLARATION N° <b>P 14 / 0030665</b>		<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<b>574,62</b>	<b>2</b>
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mle 5811</b>	<b>Signature de l'adhérent</b>												
Nom & Prénom : <b>BOUDHAR FATNA</b>															
Fonction	Phones	0674915442													
Mail															
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	<b>Boudhaz Béni</b>													
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age												
Nature de la maladie		<b>Affection Rhumatologie</b>													
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances															
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires													
<b>G</b>	<b>G</b>	<b>3500H</b>													
<b>PHARMACIE</b>	Date	<b>11/08/22 18/08/22</b>													
Montant de la facture		<b>T = 88,10 T = 136,50</b>													
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date													
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires													
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date													
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;">AM</td> <td style="width: 50px;">PC</td> <td style="width: 50px;">IM</td> <td style="width: 50px;">IV</td> </tr> </table>		AM	PC	IM	IV	<table border="1" style="width: 100px; margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px;">M</td> <td style="width: 25px;">R</td> <td style="width: 25px;">22</td> <td style="width: 25px;">SEP. 2022</td> </tr> </table>		Montant détaillé des Honoraires				M	R	22	SEP. 2022
AM	PC	IM	IV												
Montant détaillé des Honoraires															
M	R	22	SEP. 2022												

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des malades des os,  
des articulations et la colonne vertébrale

Echographie Ostéoartéculaire

Mésothérapie



الدكتورة بنحيبي الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل  
والعظام والعمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل  
الميوزثيرابيا

Casablanca, le : 11 AOUT 2022 الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : Boudhar Btng

28,80

30) Vitamine fer S.M. 10f  
Mcp 3x10f x 10f

30) Esac Noel

10f (10f) à payer

59,30

30) Brekin ESS

88,10 Mcp (10f) 10f Repas

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe K Rue 154 N° 23/25  
El Soufia - Casablanca  
Tel. : 05 22 86 09 63  
I.C.E : 000500246000026

Professeur E. BENYAHYA  
RHUMATOLOGUE  
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual  
4ème Etage N° 405 - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 21 93 - Fax : 05 22 86 51 75

10f

59,20

LOT 21008  
PER 05/24  
PPV 59DH30



PPV

28,80

LOT

PER



Professeur BENYAHYA Elouarda

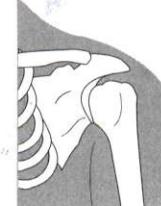
Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



الدكتورة بنحيي الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل  
والعظام والعمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

Casablanca, le : 18 AOUT 2022 ..... الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : Boudhar Béatrice

136,50

Alese 2500

7  
6

Agé 17

x 1 Seeone'

pour Agé 2 x (7) x 2 Seeone'

Vitamin' Fort

Acp 26 (7)

x 2 Seeone

Professeur E. BENYAHYA  
RHUMATOLOGUE  
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual  
4ème Etage N° 405 - Casablanca  
Tél. : 0522 86 21 93 - Fax: 0522 86 51 75

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe Kader 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 09 63  
0500246000026

Centre Abdelmoumen, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4ème étage, n°405, Casablanca

Tél : 05 22 86 21 93 - GSM : 06 62 08 92 10 - Fax : 05 22 86 51 75 - Urgences : 06 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

216820

08:2024

Lot.:

### Exp. 3

PPV: 136DH50

