

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-713448

158138

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12481 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENSMAR RABIE

Date de naissance : 02/01/1987

Adresse : BD Ibn Techfis 20 AL MAJD 1
IMMC 6^e étage 3 App 121 Casablanca

Tél. : 06 75 14 42 38 Total des frais engagés : 596,17 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. A. Benaqqa
Anesthésiste Réanimateur
INPE:091264945

Date de consultation : 30/03/2023

Nom et prénom du malade : BENSMAR RABIE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douloureux Abdominales

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 : 30/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : AB

RELEVE 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
30/03	Facture	596,12	596,12	INP : Dr. A. Benadda
26/03	ci-jointe	596,12	596,12	Anesthésiste Réanimateur
	Clinique Longchamps	596,12	596,12	INPE:091264945
	34 Boulevard Ghandi Longchamps	596,12	596,12	
	CASABLANCA	596,12	596,12	
	707-Fax: 0524.89.32	596,12	596,12	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

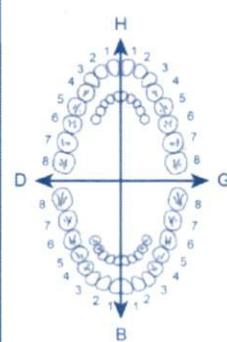
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 30-03-2023

Facture N° 02048/23

A. Identification

N° Dossier : CLC23C30084617

N° Identifiant : 019176/23

Nom & Prénom : M. BENOMAR RABIE

C.I.N : F410533

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-03-2023

Date Sortie : 30-03-2023

Médecin traitant : DR . BENAQQA ANAS

Traitements : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		96,17			96,17
						Total Rubrique : 96,17
PRESTATIONS						
1	PERFUSION		200,00			200,00
1	CONSULTATION		300,00			300,00
						Total Rubrique : 500,00
PARTIE CLINIQUE : 596,17						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL		596,17

CINQ CENT QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS DIX-SEPT CENTIMES

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

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandi Longchamp
CASABLANCA
Tél. 0522 01 07 07 - Fax 0522 01 89 39