

06-64-20-78.33

N°D: 13058.

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-468234

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7807 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHERIFA RACHID

Date de naissance : 08 Juillet 1968

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA N° 65 VILLE VERTE BOUSKOUR CASA

Tél. : 06 6132 8377 Total des cotisations engagées : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 Sep, 2018

Nom et prénom du malade : BENCHERIFA RACHID Age : 08/07/68

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

Nature de la maladie : Intoxication alimentaire

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

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
29/09/19	Voit. F. E. M. N° 6331 du Mont. J. R.	65,76	INP : 99,60 626,96	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/09/19	99,60 J. R.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

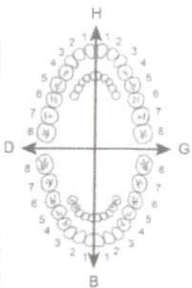
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>32533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	32533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	32533411	11433553																		
	B																			
	G																			
				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



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 29/09/2014

• Urgences 24h/24

• Médecine

• Chirurgie

• Réanimation

• Radiologie

• Cardiologie
Interventionnelle

• Maternité

• Réanimation
Néonatale

• Hémodialyse

Mr Benchiha Rachid

(1) Aspirine 500g cp

1cp x 3 / 12 pAt = 3 jrs

(2) Smecta sachet

1sachet x 2 / 12 pAt = 2 jrs

(3) Spasfon cp

2cp x 3 / 12 pAt = 2 jrs

1cp x 3 / 12 pAt = 3 jrs

(4) Fluogyl 500g g

49,80 x 2

1cp x 3 / 12 pAt = 7 jrs

(5) Simexicum 400g cp

1cp x 3 / 12 pAt = 7 jrs

(6) Vopline 100g sup = 1 sup x 3 / 12 pAt = 3 jrs

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town-Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 00181694600014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 29.09.19

• Urgences 24h/24

• Médecine

• Chirurgie

• Réanimation

• Radiologie

• Cardiologie
Interventionnelle

• Maternité

• Réanimation
Néonatale

• Hémodialyse

Benehifs Rachid

Douleur aled.
(Intoxication alimentaire)
↳ Injection - Paracetamol /
Spasfon 1555mg.

↳ ordonnance

CLINIQUE VILLE VERTE
Prof. Rachid Benehifs
Case Green Town - Bouskoura
IC: 001816946000014

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 6 334 / 2019 du 29/09/2019

Nom patient	BENCHERIFA RACHID	Entrée 29/09/2019	Sortie 29/09/2019
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
DR HARTI	1,00	U NUIT	400,00	400,00
PERFUSION URG	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	600,00
PHARMACIE	1,00	PH	50,76	50,76
			Sous-Total	50,76
Total Frais Clinique				650,76

	Total général 650,76
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS SOIXANTE-SEIZE CENTIMES	

Encaissements		Chèque 650,76			Total encaissé 650,76	Solde 0,00
---------------	--	------------------	--	--	--------------------------	---------------

Ref Chq : attijari n 547553/

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Vert
Bouskoura - Casablanca
Tel: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BENCHERIFA RACHID	N° Facture	6 334	190929223957AS-001
---------------------------------	------------	-------	--------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CHLORURE DE SODIUM 0.90% POCHE 500	1	13,10	13,10
PARACETAMOL 10MG/ML, 100ML	1	15,02	15,02
SPASFON 40mg Injecta (06)	2	3,43	6,86
Sous-Total médicaments			34,98
INTRANULE G 20 ROSE	1	3,43	3,43
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	9,75	9,75
SERINGUE 10ML	1	2,60	2,60
Sous-Total consommable médical			15,78
	Total pharmacie		50,76

CLINIQUE L'ÂLE VERTE
Case C...
Boulevard...
Tel: 0522 51 25 43