

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 047931

NO: 28771

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2051 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENINI Rachid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662132962 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : Noufissa 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047931

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Visa et cachet du praticien
avant le dépôt

Visa et cachet du praticien
après l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-395852	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

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

W18-395852

DATE DE DEPOT

12/06/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		Bennis Rachid
Fonction	Phonies	0661 132962
Mail	acc@interim.ma	
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent	Noufissa	
Conjoint	Age	874/2019
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		300,-
PHARMACIE	Date	8/8/19
Montant de la facture	10912	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 08.04.19
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		1380

Opticien - Optométriste
58 Avenue Mohammed VI (en face Alpha 55)
Casablanca - Tél : 0522 22 22 16 30

15 JUN. 2020

ACCUEIL

مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahsen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax: 05 22 86 22 23- Casablanca- Maroc

E-mail : Cliniqueachifaa@menara.ma

8/4/2019

Benin Nonfuc

M. f.

4

Saphiril Celym
1g/te x 4/7 ors

90.7-

2



Opatanol Celym

1g/te x 4/7 ors
x 10

109/20

Docteur R. RACHIT
Ophtalmolog
Clinique Achifaa Casablanca

6 118001 070442

~~Laboratoire Seltima~~ Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

407252

Représentant local :
Laboratoires Alcon

Opatanol®
1 mg/mL, collyre en solution

Lot :

Exp :

0 8 9 1 2 0
0 8 0 0 1



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahsen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax: 05 22 86 22 23- Casablanca- Maroc

Toutes Spécialités Médicales et Chirurgicales

Angle Rues Lahsen El Arjouni et Lavoisier
E-mail: Cliniqueachifaa@gmail.com
(face Hôpital 20 Août) Tel 05 22 85 92 20 (LG)

ICE:001743751000001

25823

NOM DU PATIENT : Mme BENNIS Noufissa

DATE DE NAISSANCE : 13/03/1996

N° DE DOSSIER : 12485/19

Sejour : Du 08/04/2019 au 08/04/2019

Médecin traitant : Dr. R RACHID



12485/19

Reçu N°: 45263

Paiement du 08/04/2019 17h27

Actes	CONSULTATION
Montant	300,00 Dh
Type de paiement	ESPECE

مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahsen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax: 05 22 86 22 23- Casablanca- Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

8/4/2019

BENNIS Noufine

Mesure correction
Antireflets + montures

VL OD - 0,50 (-0,25 a 55°)

02 - 1


Opticien - Optométriste
58, Avenue Mers Sultan (en face Alpha 55)
Casablanca - Tel & Fax: 05 22 22 16 30


Docteur R. RACH
Ophtalmologue
Clinique Achifaa Casablanca



OPTIQUE - OPTOMETRIE - CONTACTOLOGIE

CASABLANCA LE : 08.04.19

FACTURE

0001168

Ordonnance de Docteur :

Client : M

BENNIS Noufiss

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANTS A LA PRESCRIPTION

LOIN

PRES

BI-TRI&MULTIFOCALUX

O.D

407

O.G

400

DESCRIPTION

Qté

Désignation

Montant TTC

1

MONTURE

600.-

2

VERRES

organiques Dure: zutiraftel

780.-

TOTAL TTC

1380.-

Arrête la présente Facture à la somme de :

- Mille Trois Cent quatre vingt dix

ICE N°: 001791800000053

mail Optic
Opticien - Optométriste
58, Avenue Mers Sultan (en face Alpha 55)
Casablanca - Tél & Fax: 05 22 22 16 30

58 Av Mers Sultan (en face alpha 55) Casablanca - MAROC - Tél/Fax : 05 22 22 16 30

RC : 350338 - Patente : 34190070 - IF : 40190513 - CNSS : 7013866