

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :
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.

aire :
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.

adie 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

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° P19-0046105

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAKI Abdelaziz
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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° P19-046105

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

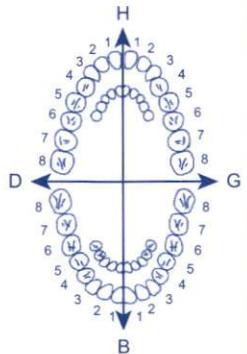
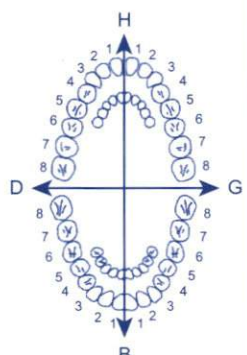
u que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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								
ODF Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire										
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
00000000	00000000										
35533411	11433553										
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession											

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-091375	DATE DE DEPOT 22.07/2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7791	
Nom & Prénom		RAKI Abdelaziz	
Fonction		Receveur	
Mail		0524312880	
MEDECIN		Prénom du patient RAKI Abdelaziz	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 18.06.2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Herne inguinale			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
A			200,00
PHARMACIE		Date 1/7/19	
Montant de la facture		140,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 10.06.19	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
Echographie		300,00	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Abdelmajid BENIHOUD

Chirurgien

Diplômé de la faculté de Médecine de Lille

- Ancien chirurgien des hôpitaux de France et du Maroc
- Chirurgie digestive, pariétale, vasculaire et thyroïdienne (goitre)
- Proctologie (Hémorroïdes, Abcès, Fissures, Fistules...)
- Coeliocirurgie
- Circumcision

الدكتور عبد المجيد بنحود

طبيب جراح

خريج كلية الطب بـ (فرنسا)

- طبيب جراح سابق بمستشفيات فرنسا والمغرب
- جراحة الجهاز الهضمي - الفتق - الشرايين والغدة الدرقية
- أمراض وجراحة المخرج (البواسير...)
- الجراحة بالمنظار
- الخانة

Marrakech, le

PPV: 126,50 DH
LOT: 585795
PER: 06/20

Tr RAKI Abdelmajid

- l'aspirate 10cm

126,50
- l'aspirate 10cm

1400
- l'aspirate 10cm

- l'aspirate 10cm

1400

S. V.
PHARMACIE MANISS
Dr. BOUAFABA Habb
12 Merstane
Marrakech
24 30 18 27

PPV: 14DH00
PER: 01/22
LOT: 1060

Dr. Abdelmajid BENIHOUD
Diplômé de la faculté de Médecine de Lille

إقامة المسجد - رقم 9 - نقطة الإمام مالك - شارع رقم 13 - المابق الثاني - (قرب مسجد تركيا) - جليز - مراكش - الهاتف والفاكس: 05 24 43 52 35 - المستعجلات: 06 61 34 92 59

Résidence Al Masjid, 9 rue Imam Malek Appt. 13 - 2ème Etage (à côté de la Mosquée de Guéliz) - Guéliz-Marrakech - Tél/Fax : 05 24 43 52 35 - Urgence : 06 61 34 92 59

E-mail : benihoudabdelmajid@yahoo.fr - ICE : 001640496000009

FACTURE

19/06/2019

FACTURE N° :19061910211

- **NOM DU PATIENT : RAKI ABDELAZIZ**
- **EXAMEN(S) REALISE(S) :**

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

300 DH

300 DH

- **MONTANT TOTAL :300 DH**

TROIS CENTS DIRHAMS



M / M^{me}

Raki

Abdelaziz

a payé

La somme de

2001

en règlement des frais de son hospitalisation

du

26 / 06 / 2019

Signature et cachet

(1) Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.