

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie
N° W19-413274
01 SEP 2019
ACCUEIL

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12481

Société : RAY

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENOMAR RABIE

Date de naissance : 02/01/1987

Adresse : Ibn Tachfine 305 ALMAJD 1 EMRC Apt 12 Etage 3, Casablanca

Tél. : 067744238

Total des frais engagés : 607,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/08/2019

Nom et prénom du malade : BENOMAR RABIE

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Oule

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 : 08/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-413274

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 : 12481

Nom de l'adhérent(e) : BENOMAR RABIE

Total des frais engagés : 607,60

Date de dépôt : 08/09/2019

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
28/11/19	CS	1	400,00	INP : 091090166 DR. S. LAHLOU EL KADDA Pédiatre 25, Avenue Hassan II - Casablanca Tel : 05 22 27 37 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ERRANI KETTANI Houda Docteur en Pharmacie 101, Bd. El Hachemi El Filali Ex. Taddert, Calimie - Casablanca Tel : 05 22 52 30 61 / 08 08 38 99 5	28/11/19	207,60

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			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"/>														
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



أطفال
CLINIQUE

LOT : 1929
PER : 03-21
P.P.V : 66DH10

LOT : 1929
PER : 03-21
P.P.V : 66DH10

PV (DH):

CGT N°:

UT. AV.:

37,00

le 28/8/19.

BENOMAR. Mafak.

66.10 x 2

y. ifcav. fr.

clot 14kg. 3cl x 1

19.00

y. Nurodol best

clot 14kg 3x 1fr

19.40

3. Antibio synalar

2 goudy 3cl

37.00

Hy. Alex 7 best

1cl

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Casablanca
© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - inf@atraclinique@gmail.com

19.00

PHARMACIE ELRAHMANE

KETTANI Houda

Docteur en Pharmacie

101, Bd. El Hachemi El Filali

Ex. Taddert California - Casablanca

Tel 05 22 52 30 51 / 08 08 38 99

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATACAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tel : 0522 231 818 / 0522 235 073

ANTIBIO SYNALAR

19,40



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Note d'honoraires

Nom et prénom

Benomar malak

Diagnostic

ven

Intervention

Cotation

Honoraires

400 DH

Casablanca, le

28/3/19

Signé

CLINIQUE ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél : 0522 23 18 18 / Fax : 0522 23 50 28

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

E-mail : atfalclinique@gmail.com