

ANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

adhérent doit être dûment renseigné.
le médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
le de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
tes effectués en série.

la déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

dicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

is sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ne copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
e médicale pour toute demande de remboursement.

le médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

decin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

ent, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

s ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
ébut de traitement.

jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

.ongue Durée ALD et ALC :

maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

utiles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

nent de statut : adhesion@mupras.com

t de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
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

066A 4923 28
Déclaration de Maladie

N° W19-440517

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9544 Société : RSM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHM Mohamed

Date de naissance : 26/7/1969

Adresse : 34 BD MLY DEISS 1er Residence ALFAJER

Tél. : 0561228262

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

M. BENAGUID
Professeur d'Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfe
CASABLANCA

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Ablation chm Lc Implants

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 : 03 OCT. 2019

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
				INP 010003000

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

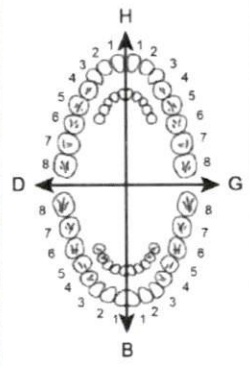
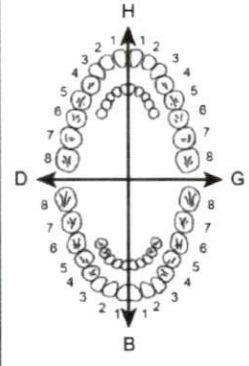
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : L														
				COEFFICIENT DES TRA														
				MONTANT DES SOIN														
				DEBUT D'EXECUT														
				FIN D'EXECUT														
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>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		COEFFICIENT DES TRA
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOIN														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN



COMPTERENDU OPERATOIRE

Concernant : *M. Chahm Yazid*

Date de naissance :

Date de l'intervention : *08/01/13*

Opération :

Opérateur : *Dr Benaguida*

Anesthésiste :

Indication : *Ablation chirurgicale*

Intervention :

*Reprise de l'incision au niveau
dorsal de la cage
hémistase
Retrait du k
Retrait du chaire
fermeture*

Pr. M. BENAGUIDA
Professeur d'Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
CASABLANCA

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19, Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 3066 / 2019 du 08/08/2019

Nom patient **CHAHM YAZID**
PAYANT

Entrée 08/08/2019
Sortie 08/08/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS FORFAITAIRES CLINIQUES.	1.00	K30	2 200.00	2 200.00
			<i>Sous-Total</i>	2 200.00
Total Clinique				2 200.00

PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	1.00	EN FF		0.00
			<i>Sous-Total</i>	0.00
Total Autres prestations				0.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 2 200.00



CLINIQUE VAL D'ANFA
MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)5223914
Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **CHAHM YAZID**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **M.BENAGUIDA/F.TAZI**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **08/08/2019**

Date sortie **08/08/2019**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : ADMIN

25/09/2019 10:02

190808115322RE-001

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 022.36.87.87 - 022.39.60.10 / 1
022.39.69.36 / 37
Fax: 022.39.12.36