

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

entaire :

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0041005

ND: 39431

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10224 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benouan Mohamed

Date de naissance :

Adresse : Mazala Kne I N° 72 3ème étage Hay Hassani Casablanca

Tél. : 0661419724 Total des frais engagés : 688,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 02 / 2007

Nom et prénom du malade : BENOUAN Mohamed Age : 2007

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

Nature de la maladie : Gène Réprograder

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) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

04/07/22	C5		350	
----------	----	--	-----	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

	4/7/2022	13830
--	----------	-------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

	04/07/2022	Radiologie	22000
--	------------	------------	-------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

--	--	--	--	--	--	--

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

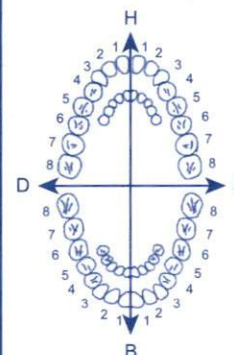
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

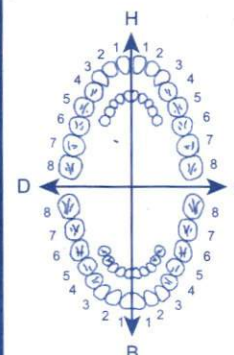
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 09/07/2020

PS 64 kg

l'enfant BENMOURAD RAYHAN

1/2 Slaynes tous

2 g l'entre

Argument nous

182 g

13830



PPV: 70,60 DH
LOT: 579122
PPV: 70,60 DH
LOT: 573388
PER: 02/2019



أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca le 04/07/2020

Patient (e) : BENNOUAR RAYHANE

RADIO THORAX FACE

Absence d'anomalie parenchymateuse pulmonaire d'allure évolutive.

Culs de sac pleuraux libres.

Index cardio-thoracique d'aspect normal.

Dr. K. Miyara
Médecin Radiologue
DR MIYARA
Clinique Pédiatrique AJIAL
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.25.00

**ASSISTANCE SANS
FRANTRIÈRES SARL**

108, Rue Zoubair Bnou
Al Ouam Roches Noires - Casa
Tél: 0540 14 30 68 - RC: 31939
TP: 31391079 - IF: 15219126

Le 24/07/2020

Facture N° 19

M. RAYHAN BEN MOUR

Quantité	désignation	Prix	Montant
01	TRANSPORT PAR AMBULANCE DE L'HOPITAL DAR BOUABA VERS CLINIQUE Aïssa		700,00
<p>ASSISTANCE SANS FRANCHISE SARL 109 Rue Zoubir Bnou Al Ouan Roches Noires - Casa Tél: 0540 44 30 68 - RC: 319395 TP: 31391079 - F: 15219126</p>			

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضیع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 04/07/2020

BENVOLAR Rayhane

Red de Thread
Face

Clinique Pédiatrique AJIAL
Service de Radiologie
347, Bd P. Moriamé Casablanca
Tel: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.25.81

de AJIAL
logie
bianca
25.00
dr. Sfr-cedine NEUM
dredine HMAME
diadric

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 04/07/2020

Pré-Facture N° 58738		Etablie par HOUDA RECEPTION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X0G047910		MUPRAS		N° Identifiant : 20075068/20	
Nom & Prénom : BENNOUAR RAYHANE					
C.I.N. : 25000		Date Début : 04/07/2020		Date Fin : 04/07/2020	
Adresse : CASA					
Traitement : "doigt de porte"		Médecin : MED REANIMATEUR			
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
IMAGERIE MEDICALE					
Rx thorax face	1	200,00			200,00
Total Rubrique :					200,00
MEDICAL					
Consultation	1	350,00			350,00
Total Rubrique :					350,00
PARTIE CLINIQUE :					550,00
TOTAL FACTURE					550,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Cinq cent cinquante Dirhams

Cachet et signature