

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.

Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

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

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- 061637

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8966 Société : 44703

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNIS Mohammed Hicham

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661851619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENNIS ALI 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° P19-061637

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<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				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		



P 17 / 0066102

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 896 6		
Nom & Prénom		BENNIS MOHAMMED HICHAM		
Fonction	CDB	Phones		06.61.25.16.19
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			BENNIS ALI
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Fracture supracondylienne coudée droite				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
deux fact c'est		1650,00		
PHARMACIE	Date 08/10/2022			
Montant de la facture		34,80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

le 08-10-2020

Nom: Alis

P = 20 kg

1280

1) Doliprane 3000
x 2500

(SV)

2900

2) Algantil sup: 1cc c (5cc) x 3 br

après repas x 2500

34180

3) Echarpe

PPV 12DH80
PER 03/22
LOT J877

12,80

PPV 22DH00

EXP 12/2022
LOT 99004 3

ALGANTIL®

Suspension buvable pédiatrique

150 ml

Dr HADDOU JAWAD
Chirurgien Pédiatre

Boulevard Mohamed Bourafien, Résidence Farhatine 3,
Etage, N° 9, Sidi Othmane - Casablanca

Tel/Fax: 0522 565 565 - Urgence: 0522 565 565

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

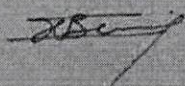
© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com

N° 8966

CASABLANCA, le 20/10/2020

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné MR BENNIS MOHAMMED HICHAM
matricule 8966 déclare sur l'honneur que mon fils
BENNIS ALI âgé de 7 ans s'est fissuré le coude
suite à une chute de vélo le 08/0/2020.



**Locamed**

Santé & Confort

MATÉRIEL MÉDICAL

ICE : 001526686000016

Facture

UF20000128887

CASABLANCA

Le, 09/10/20

DEPOT HOPITAUX

Agent commercial : ELHIREME

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000009

BENNIS

Clients Comptoirs Hopitaux

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TT
24015S	2	ECHARPE DE SOUTIEN AVANT-BRAS TS	1,00	160,00	0%	160,00	160,00

LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
Non valide pour toute autre transaction
46, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
- Casablanca -
TEL.: 05 22 47 62 70 / 05 22 47 48 30

Code	Base	Taux	Montant
2	133,33	20%	26,67
Total	133,33		26,67

Total HT 133,33

Total TVA 26,67

Total TTC 160,00

Timbre : 0,40

Total TTC+Timbre : 160,40

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC + TIMBRE :

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél.: 05 22 86 39 89/05 22 86 16 83/05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél.: 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél.: 05 22 20 20 98/05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél.: 05 22 47 63 70/05 22 47 48 30

RABAT

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél.: 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél.: 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MARRAKECH

Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél.: 05 24 43 15 00/05 24 43 14 30

TANGER

6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél.: 05 39 33 55 40/05 39 37 23 67

FÈS

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chibihi (en face de central banque chaabi) Tél.: 05 35 62 51 62/05 35 62 51 61

KÉNITRA

Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél.: 05 37 36 74 28/05 37 37 74 75



مصلحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

09-10-2020

Rapport médical

Nom : Benis Ali

Age = 7 ans

Fracture supracondylarienne
coudé droit

↳ Attelle brachio Antebrachio

Palmarie à 22 jrs

Dr HADDOU JAWAD
Chirurgie Pédiatrique
Boulevard Med. Bouabid, Résidence Farhatine 3,
3^{ème} Etage, N° 9, Sidi Othmane - Casablanca
Tél/Fax : 0522 235 566 - Urgence : 06 13 78 92 86



مصلحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

le 08.10.2020

Rapport. Radio

Ali Benus

P = 20 kg

Age = 7 →

Truennalense du cœur de
droite

Nx cœur de droite (F + P)

Endémie Supracondylaire stade 2
Partielle

Dr HADDOU JAWAD
Chirurgien Pédiatre
Boulevard Mohammed VI, Résidence Parfums 3,
3^{ème} Etage, N° 9, Sidi Othmane - Casablanca
Tél/Fax : 0522 565 566 - Urgence : 06 13 13 92 86

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/10/2020
10:22Nom Patient : **BENNIS ALI**Numéro dossier : **E20J081922**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
09/10/2020	BIPLATRIX 10cm (001)	0	2,00	60,00	120,00
09/10/2020	JERSEY BL 10MX7CM (001)	0	1,00	50,00	50,00
09/10/2020	BANDE PROT 7.5CM (001)	0	1,00	30,00	30,00
09/10/2020	BANDE VELPEAU 7CM (001)	0	2,00	40,00	80,00
09/10/2020	BANDE A GAZ M (001)	0	2,00	5,00	10,00
09/10/2020	ATTELLE ZIMMER	0	1,00	60,00	60,00
Total pharmacie					350,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
Dr. Abderrahim Rouabid
Tel. 0544 43 18 18 Fax. 0544 23 50 28

Le : 08/10/2020

Références

5 571 / 201009094809050018

PAYANT

Entrée / Sortie : 08/10/2020 - 08/10/2020

Le Dr. HADDOU JAWAD

présente à . **BENNIS ALI**

**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs**

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. H.A. Pineda

Cachet et signature

CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 5571 / 2020 du 08/10/2020

Nom patient **BENNIS ALI**
PAYANT

Entrée 08/10/2020

Sortie 08/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO F+P	1,00		300,00	300,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
PHARMACIE	1,00		350,00	350,00
			<i>Sous-Total</i>	350,00
Total Clinique				850,00

DR. HADDOU JAWAD (chirurgien pediatre)	1,00	K20	800,00	800,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
Total Autres prestations				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	1 650,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
OASIS Casablanca
Tél.: 0522 23 18 18-Fax: 0522 23 50 28