

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 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

- 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° W19-597210

55400

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4545

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance :

08/03/54

Adresse :

LOT 125 TRANCHE D AL MOINA LTADIDA
SIDI OTMANE CASABLANCA

Tél. :

0662189350

Total des frais engagés :

102500

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mustapha TRAFEH
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tel: 05 22 82 20 42 - Casa

Date de consultation :

05/10/21

Nom et prénom du malade :

BENYASS ABDELHAFID

Age :

67

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

attent d'aveug

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 :

10/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

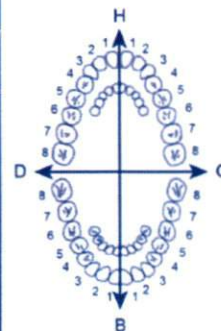


[illegible][illegible]

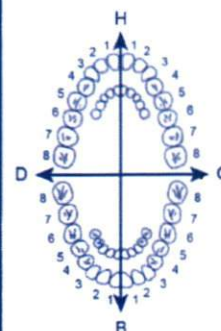
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|--|-------------------|--------|------------|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Participe | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| CLINIQUE ACHIFAA Angle Dalton et 1 Tel: 05 22 85 92 20 - 05 22 85 92 21 See Mutuelle | 31/12/20 | | Hyperbare | | | |
| | | | 10 séances | | | |
| | | | | | | 10000,- D+1 |
| | | | | | | |

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|---|----------|
| | 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

Dr. Mustapha TRAFEH

Chirurgie Orthopédique Traumatologique
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
EX. chef de service de Chirurgie Orthopédique
Et Traumatologique P32
CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتور مصطفى ترافح

جراحة العظام والمفاصل
استاذ سابق بكلية الطب الدار البيضاء
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل
بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

Casablanca le : 05/11/2020

N° Abdelhafid Benyess

osteoarthrite du genou et
et de la femur dit avec
pneumarthrose (présence de
Bulle gazeuse) témoignons
de l'existence de germe
anaérobie -

fermés soigner d'oxygénothérapie
hyperbare (OHPB).

Pr. Mustapha TRAFEH
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tél.: 05 22 82 20 42 - Cas



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 202 008 316 / 2020 du 31/12/2020

| | | | |
|-----------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | BENYASS ABDELHAFID | Entrée 24/11/2020 | Sortie 31/12/2020 |
| Prise en charge | PAYANTS | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|-----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| HYPERBARE | 10,00 | Z | 1 000,00 | 10 000,00 |
| | | | Sous-Total | 10 000,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 10 000,00 |

| | |
|--|-------------------------|
| | Total général 10 000,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DIX MILLE DIRHAMS | |

| | | | | | | |
|---------------|----------------------|--|--|--|-----------------------------|---------------|
| Encaissements | Espèces 10 000,00 | | | | Total encaissé 10 000,00 | Solde 0,00 |
|---------------|----------------------|--|--|--|-----------------------------|---------------|

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
See Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001