

# 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 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

- 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° M21- 048460

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3101

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : 153471

Nom & Prénom : SABIR Mohamed

Date de naissance : 01/04/1963

Adresse : habituel

Tél. : 0663747067

Total des frais engagés : 1471,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : EL BACHRY Fahma

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neurologie

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 : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :


*[Signature]*



# 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
13/03/2023	C2		1271.20	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
	13/03/2023	1271.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

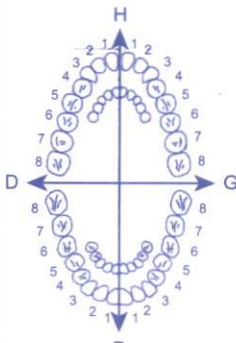
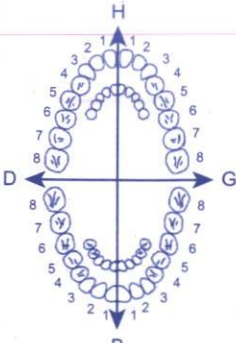
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412 21433552  00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  00000000 00000000  35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Mounir BENGELLOUN

SPECIALISTE EN CHIRURGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier (France)

Médecin Assermenté Expert Près les Tribunaux

Chirurgie Viscérale et Digestive

Chirurgie Dermatologique et Esthétique

Chirurgie Gynécologique et du Cancer

Coeliochirurgie - Échographie

Circuncision

الدكتور منير بن جلون

طبيب اختصاصي في الجراحة

خريج كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

جراحة الجهاز الهضمي و البواسير

جراحة الجلد و التجميل

جراحة أمراض النساء و السرطان

جراحة الليزر - الفحص بالصدى

خاتنة

Casablanca, le : 13/03/2023 .....: الدار البيضاء في

ERBHYRY Fatima

135.60<sup>x3</sup> Casyrel 12/10 1 qly le soir  
406.80 2

97.20<sup>x4</sup> Zindip 20 1 qly le soir  
388.80

97.60<sup>x4</sup> Hypenur 1 qly le soir  
390.40 1 qly le soir

126.00<sup>x3</sup> Polynorm 1 qly le soir  
378.00 H de 03 (fois) mo3.  
1271.20

Dr. BENGELLOUN Mounir  
CHIRURGIEN  
3d. Méd. VI 9 Rue de Rif - Casablanca  
SM: 06 01 45 62 13 - Tél.: 05 22 28 05 95



⑨ شارع محمد السادس - 9 - زنقة الريف - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22 28 05 95 - المستعجلات: 06 61 45 62 13

Bd Mohamed VI - 9, Rue de Rif - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 28 05 95 - Urgences: 06 61 45 62 13

Email: m.benjoy@yahoo.fr



ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés s

AMM N° 4419DMP21NRCOM

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés s

AMM N° 4419DMP21NRCOM

6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg-○

30 comprimés pelliculés

PPV : 135,60 DH

Servier Maroc - Casablanca

2025

97.20

2025

97.20

CIVASTINE® 20 mg  
30 Comprimés pelliculés

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés s

AMM N° 4419DMP21NRCOM

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés s

AMM N° 4419DMP21NRCOM

6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg-○

30 comprimés pelliculés

PPV : 135,60 DH

Servier Maroc - Casablanca

2025

97.20

2025

97.20

POLYNORM® 1 mg

90 Comprimés

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés s

AMM N° 4419DMP21NRCOM

6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg-○

30 comprimés pelliculés

PPV : 135,60 DH

Servier Maroc - Casablanca

POLYNORM® 1 mg

30 Comprimés

POLYNORM® 1 mg

90 Comprimés

126,00

42,00