

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

M22- 0046861

☐ Maladie

☒ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2836

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSABIH EL IMRANY MOSTAFA

Date de naissance : 27-11-1943

Adresse : VILLADOUNIA RUE CANAL DE SUEZ AIN DIB  
CASA

Tél. : 0661 160198

Total des frais engagés : 676 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Yasser BENSALAH  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage  
Bureau N° 12 - Casablanca  
Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : Medkouni Jamila Age: 71

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

Nature de la maladie : Secterem oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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.

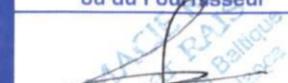
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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
17/01/2023	CS		300,00	<p>Docteur Yasser BENSALAH</p> <p>Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux</p> <p>22, Bd Yacoub El Manssour 1er Etage</p> <p>Bureau N° 12 - Casablanca</p> <p>Tel: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25</p>

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/01/2023	CS		300,00	<p><b>Docteur Yasser BENSALAH</b>            Spécialiste des Maladies en Chirurgie des Yeux            22, Bd Yacoub El Manssour 1er Etage            Bureau N° 12 - Casablanca            Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.01.23	316.00

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

17.01.23	316.00
----------	--------

[illegible]

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

[illegible]

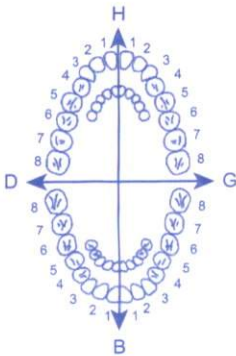
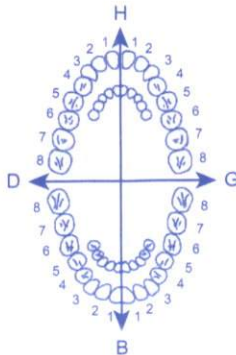
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                          25533412                          00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: left;">                         21433552                          00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;">                         00000000                          35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: left;">                         00000000                          11433553  <b>B</b> </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

### Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the midline. The letter 'H' is at the top, and 'R' is at the bottom. A horizontal line with arrows at both ends passes through the center of the arch.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**(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. Yasser BENSALAH**



**Ophtalmologiste**

**Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des Yeux**

**Ancien médecin des hôpitaux de Paris**

**Ancien médecin de l'hôpital militaire  
d'instruction Mohammed V de Rabat**

**Agréé pour le permis de conduire**

**الدكتور ياسر بن صالح**

**اختصاصي في أمراض  
وجراحة العيون**

**طبيب سابق بمستشفيات باريس**

**طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط**

**معتد لرخصة السياقة**

**17 janvier 2023**

**Mme MEDKOURI Jamila**

158.00 x 2

**CATIONORM**

**1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOURS , dans les deux yeux, pendant 3 Mois**

T = 316.00

**PHARMACIE RAIS**  
**Dr. Omar RAIS**  
62, Rue de la Mer Baltique  
Ain Diab, Casablanca



**Docteur Yasser BENSALAH**  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
22, Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> Etage  
Bureau N°12 - Casablanca  
Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

**22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء**

**22, Bd. Yacoub El ansour - 1<sup>er</sup> Etage - Bureau N°12 - Casablanca**  
**Tél.: 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr**