

## 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

- Reclamation : 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 - Tel. : 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° W21-627208 **187250**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **10526**

Matricule : **10526** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **KAIMEZ - ABDELLAH**

Date de naissance : **20-05-1974**

Adresse : **Rue 06 N° 16 EL ALA HAY EL OULFA**

Tél. : **06 62 33 97 20** Total des frais engagés : **470,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BETTACHE Achraf**  
Généraliste  
Bd Oued Tassanout, Rue 80, N36  
Oulfa, Casablanca  
Tél. 06 45 55 06 54

Date de consultation : **08/12/2023**

Nom et prénom du malade : **KAIMEZ TANA**

Age : **49 ans**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : **Syndrôme glycémique**

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 : **CASA MARRAKECH**

**18 DEC. 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08/12/2013	C1		200 dh	INP : <b>INPE:061300</b> <b>Dr. BETTACHE Achraf</b> Médecin Généraliste 80, N°36 Quod Tassout, Casablanca Rd. 5 06 54

Dr. **BETTACHE Achraf**  
Medecin Généraliste  
Bd Oued Tassout, Rue 80, N°36  
Oulfa - Casablanca  
Tél. 06 45 55 06 54

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SALAHEDDINE</b> <b>SEI MA HASSOUNI</b> 56, Boulevard Oued Sebou Tél.: 05 22 90 50 06 - CASABLANCA <b>INPE</b> <b>1952</b>	08/12/2023	270.30

Cachet du Pharmacien  
pour le fournisseur

PHARMACIE EL HEDDINE  
SEIMA HASSOUNI  
756, Boulevard Oued Sebou  
Tél.: 05 22 90 50 06 - CASABLANCA  
INPE

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

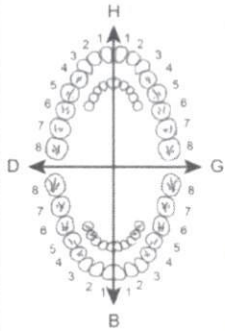
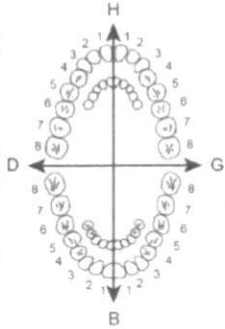
[illegible]

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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="text-align: center;"> <table border="0"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. BETTACHE ACHRAF

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة  
بالمدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 08/12/2023

Patient : KAIMEZ TAHA.

79.70 1). Azix 500mg

22.00 2). Clanteo 10mg

22.00 3). Rhumix sachets  
sachets x 2 Lij

40.00 4). Neofatan 40mg

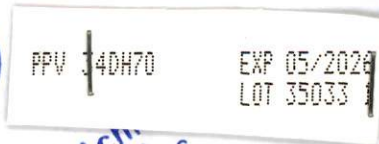
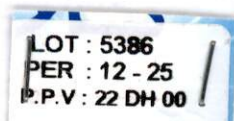
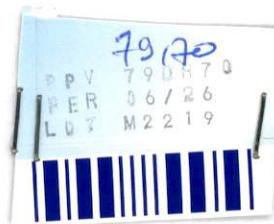
34.70 5). Pectyl mg  
caix x 3 Lij

PHARMACIE SALAHEDDINE  
SELMA HASSOUNI  
756, Boulevard Oued Sebou  
Tél.: 05 22 90 50 06 - CASABLANCA

Dr. BETTACHE ACHRAF  
Médecine Générale  
Oued Tassaout Rue 80, N°36  
Oulfa - Casablanca  
Tél.: 06 45 55 06 54

Bd Oued Tassaout, Gr «E» Rue 80 N°36, 1er étage, Lot El Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 50 40



-10,20

6). Cetamyl 500 mg  
rep x 2 tj



45,40

7). Duphalac sirop  
1 ci x 3 tj



16,30

8). Fungylise crème  
1 gpe x 2 tj



270,30

**DR. BETTACHE Achraf**  
Médecine Générale  
Bd Oued Tasseout, Rue 80, N36  
Oulfa - Casablanca  
Tél: 06 45 55 06 54

**PHARMACIE SALAHEDDINE**  
**SELMA HASSOUNI**  
756, Boulevard Oued Sebou  
Tél.: 05 22 90 60 06 - CASABLANCA