

# 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

- 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- N° 003236 / 178043

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005767 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABIZ Zohra / Mehdi Mehdi

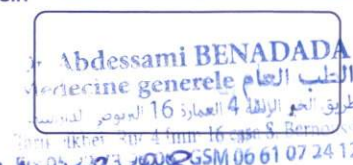
Date de naissance :

Adresse : Casablanca Hay Elouds Résidence el

Tél. : 06 04 16 59 84 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : NAHIL ELITEH Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite Aiguë

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 : Casablanca Le : 22 / 11 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/11/23	C	x 1	200,5	<p>Dr. Abdessami BENADABA</p> <p>الطبيب العام</p> <p>16 شارع 4</p> <p>16 شارع 5</p> <p>16 شارع 6</p> <p>16 شارع 7</p> <p>16 شارع 8</p> <p>16 شارع 9</p> <p>16 شارع 10</p> <p>16 شارع 11</p> <p>16 شارع 12</p> <p>16 شارع 13</p> <p>16 شارع 14</p> <p>16 شارع 15</p> <p>16 شارع 16</p> <p>16 شارع 17</p> <p>16 شارع 18</p> <p>16 شارع 19</p> <p>16 شارع 20</p> <p>16 شارع 21</p> <p>16 شارع 22</p> <p>16 شارع 23</p> <p>16 شارع 24</p> <p>16 شارع 25</p> <p>16 شارع 26</p> <p>16 شارع 27</p> <p>16 شارع 28</p> <p>16 شارع 29</p> <p>16 شارع 30</p> <p>16 شارع 31</p> <p>16 شارع 32</p> <p>16 شارع 33</p> <p>16 شارع 34</p> <p>16 شارع 35</p> <p>16 شارع 36</p> <p>16 شارع 37</p> <p>16 شارع 38</p> <p>16 شارع 39</p> <p>16 شارع 40</p> <p>16 شارع 41</p> <p>16 شارع 42</p> <p>16 شارع 43</p> <p>16 شارع 44</p> <p>16 شارع 45</p> <p>16 شارع 46</p> <p>16 شارع 47</p> <p>16 شارع 48</p> <p>16 شارع 49</p> <p>16 شارع 50</p> <p>16 شارع 51</p> <p>16 شارع 52</p> <p>16 شارع 53</p> <p>16 شارع 54</p> <p>16 شارع 55</p> <p>16 شارع 56</p> <p>16 شارع 57</p> <p>16 شارع 58</p> <p>16 شارع 59</p> <p>16 شارع 60</p> <p>16 شارع 61</p> <p>16 شارع 62</p> <p>16 شارع 63</p> <p>16 شارع 64</p> <p>16 شارع 65</p> <p>16 شارع 66</p> <p>16 شارع 67</p> <p>16 شارع 68</p> <p>16 شارع 69</p> <p>16 شارع 70</p> <p>16 شارع 71</p> <p>16 شارع 72</p> <p>16 شارع 73</p> <p>16 شارع 74</p> <p>16 شارع 75</p> <p>16 شارع 76</p> <p>16 شارع 77</p> <p>16 شارع 78</p> <p>16 شارع 79</p> <p>16 شارع 80</p> <p>16 شارع 81</p> <p>16 شارع 82</p> <p>16 شارع 83</p> <p>16 شارع 84</p> <p>16 شارع 85</p> <p>16 شارع 86</p> <p>16 شارع 87</p> <p>16 شارع 88</p> <p>16 شارع 89</p> <p>16 شارع 90</p> <p>16 شارع 91</p> <p>16 شارع 92</p> <p>16 شارع 93</p> <p>16 شارع 94</p> <p>16 شارع 95</p> <p>16 شارع 96</p> <p>16 شارع 97</p> <p>16 شارع 98</p> <p>16 شارع 99</p> <p>16 شارع 100</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20-11-23	358,00

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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.

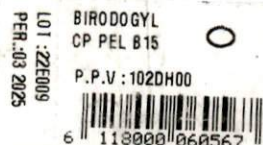
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[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



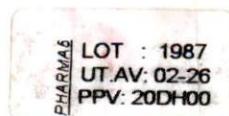
PPV 34DH70

EXP 09/2025  
LOT 28026 3

**PECTRYL<sup>®</sup>**

SIROP EXpectorant  
EXPECTORANT SYRUP

250 ml



LOT 28005  
PER 03/24  
PPV 82DH10

**Dr. Abdessami BENADADA**

Médecine Générale

Diplôme Médecine du Sport



الدكتور عبد السمیع بن اعدادة

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

Casablanca, le : 20/10/23 : الدار البيضاء في :

NAHIL EL TEHST

108,00 - Binodogyl

15 x 15 1B

44,20 x 2 - Difalio

15 x 15 2B

30,80 - Agreicid

15 x 15 1B

34,70 - Pectayl

15 x 15 1B

20,00 - Rinomea

15 x 15 1B

82,70 - Esac 20

15 x 15 1B

358,00

Dr Abdessami BENADADA  
Médecine Générale  
طريق الحمم : زنقة 4 المارة 16  
Rue 4 (mm 16 case 8, Bernoussi  
Tarik Lkhair) GSM 06 61 07 74 12  
Fix 05 22 73 96 06

16 زنقة 4 فوق حمام طريق الخير س. البرنوصي البيضاء الهاتف : 06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06

16 Rue 4 , Dessus Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca

Tél : 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12