

# 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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-818737



## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

13.07.1

Société : Royal Air Maroc

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SARA BENCHEKROUN

Date de naissance :

08-12-1988

Adresse :

33, rue Ibnou Assakir Résidence Urbana 33

Appt 17 Casablanca, Maroc

Tél. :

0626 2787 02

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

16/10/2023

Nom et prénom du malade :

Sara Benchekroun Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Onglosise

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, commentiquer 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## RELEVE 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
16/09/93	C	1	200000	INP: 11111111111111111111111111111111 Medecine Générale - Echographie Rue Assaad Mouzara, 30 Maison Mouzara, 30 02 22 22 22 22
16/10/93 Contrôle		1	100000	INP: 11111111111111111111111111111111 Medecine Générale - Echographie Rue Assaad Mouzara, 30 Maison Mouzara, 30 02 22 22 22 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

BACCHET DU PHARMACIEN OU DU FOURNISSEUR	DATE	MONTANT DE LA FACTURE
PHARMACIE HICHAM N°2, Rue du Maroc Casablanca	14.10.23	269,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

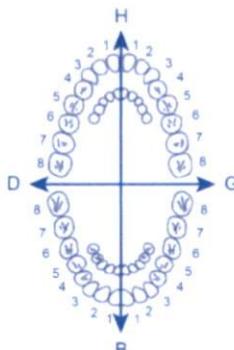
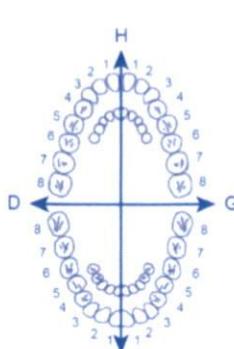
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" data-bbox="1604 916 1843 1066"> <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>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet de Médecine Générale

Echographie

Expertise médicale - Diabétologie

Psychologie médicale



الدكتورة وفاء الكرسوس

عيادة الطب العام

الشخص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le

14-10-23

الدار البيضاء، في

Ben Abdou Sara



FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH00



4/10 Fl 500 mg

1 cl      1/2 cl      apres repas

6/10 x 3

8 jours



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebââ Casablanca  
Enterogermina 2 milliards  
susp b 10 fl 5 ml  
P.P.V : 60,00 DH



22/10 Entre référence  
1 cl      1/2 cl      apres repas      x 15-5

PHARMACIE ARAUCARIA  
Hicham TALI - Pharmacien  
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L  
Casablanca - Tél : 05 22 36 13 05

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebââ Casablanca  
Enterogermina 2 milliards  
susp b 10 fl 5 ml  
P.P.V : 60,00 DH



Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS

Medecine Générale - Echographie

8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3<sup>me</sup> Etage

Maârif - Casablanca

Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

INPE : 091014357



N°: MCI/CAAA 04/2019  
NM ISO 15 189

مختبر التحاليلات الطبية جنلاب "أم الربيع"  
*Laboratoire de biologie médicale Génelab*  
*"Oum Rabiaâ"*

Dr. Mohamed BENAZZOUZ  
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
صيدلي إحسانى



Laboratoire certifié par  
**IMANOR**  
CERTIFICATION  
N° 2017 CSMQ.04 : 01  
NM ISO 9001 : 2015

• Prière de vérifier vos données :

- Nom et prénom
- Date de naissance
- Numéro de téléphone

• Nous vous rappelons que le changement de date sur les mutuelles et assurances est interdit par la loi

• Horaires d'ouvertures:

Lundi au vendredi : 07h30 - 18h45  
Samedi : 07h30 - 13h00

Bd Oum Rabiaâ-Eloulfa-(en face siège RAM)  
imm "C"-Casablanca

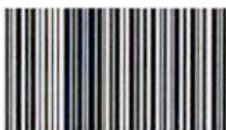
Tel : 0522931060 Fax : 0522931061



**Vous pouvez récupérer vos résultats à distance**  
**(Valable pour les dossiers totalement soldés)** soit par:

- QR code via votre téléphone
- Mail crypté (suite à votre demande) par la saisie de : l'année de naissance + 2 derniers chiffres du GSM

Dossier: **210923-023**



**Patient :Mlle BENCHAKROUN SAF**

**Date naissance:** 08/12/1988

**Tel :** / 0626278702

**Médecin Dr. :** GUESSOUS KRAFESS  
OUFAAE

**Prélèvement du:** 21/09/2023 08:59

**Promis le :** 25/09/2023 17:00

**Total** 0,00

**Mt déjà réglé:** 0,00

**Reste à payer:** 0,00

**Analyses :**