

## 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

N° W19-414218

ND: 32452

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01524 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ANSARI Abdelhak

Date de naissance : 19/03/1949

Adresse : Résid. BORT MALAKIA 22 RUE D'AVESNES  
APPT 4 ETAGE 4 BELVEDERE CASABLANCA

Tél. : 0666404243 Total des frais engagés : 662,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 433, Bd. Mohammed V 2ème Etage Belvédère  
Casablanca - GSM : 06 63 08 09 47  
Tél : 05 22 40 33 34 - 05 22 40 33 35  
NP : 091024489

Date de consultation : 07/07/2020

Nom et prénom du malade : EL ANSARI Abdelhak

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

Nature de la maladie : Mielh

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 302

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 : 07/07/2020

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
20/01/2020	Consultation	1	362,00	CABINET DOCTEUR BENNANI Abdellah Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition 33, Bd Mohamed V, 2ème Etage, Belvédère Casablanca - GSM: 06 63 08 09 41 Tél: 06 22 40 33 34 - 06 22 40 98 86 INP: 091024489

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA RESISTANCE CASABLANCA 33, Bd Mohamed V - 06 22 40 33 34 Tél: 05 22 30 30 82 ICE n°: 0020090330000061	07/11/2020	362,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] 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

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الدكتور بناني عبد اللّاه

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le : .....

PHARMACIE LA RESISTANCE  
CASABLANCA  
337, Bd Med V - Casablanca  
Tél: 0522 30 30 82  
ICE n°: 002009033000061

7/12

19,50 x 5

ANJAM. A. Jellak

glycine 500 19 x 31

Traitement  
de Trois (3) Mois  
(Renouvelable)

8900 + 6000 sur 19

glycine 500 19 x 31

CABINET DOCTEUR  
BENNANI Abdelilah  
Diabétologie Endocrinologie - Nutrition  
433, Bd. Mohammed V, 2ème Etage Belvédère  
Casablanca - GSM : 06 63 08 09 47  
Tél : 05 22 40 33 34 - 05 22 40 33 35  
INP 091024489

1AN (sur 8)  
de 10 jours

58,50 x 3

362,00

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h





☒ valable 3 mois

Le 08/07/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

CABINET DOCTEUR  
BENABDELLAH  
Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition  
433, Bd. Mohammed V 2ème Etage Belvédère  
Casablanca - BSM - 0522 22 78 14  
Tél : 0522 40 33 34 - 0522 40 33 35

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Abdelhak

Présente

Abdelhak (maroc)

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Traitement  
de Trois (3) Mois  
(Renouvelable)

Dont ci-joint ordonnance :

on

(à défaut noter le traitement prescrit)

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH  
LOT T235 PER 02/23

GLYCAN<sup>®</sup> 500  
50 comprimés



# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH  
LOT T235 PER 02/23

GLYCAN<sup>®</sup> 500  
50 comprimés



# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH  
LOT T235 PER 02/23

GLYCAN<sup>®</sup> 500  
50 comprimés





# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH  
LOT T235 PER 02/23

GLYCAN<sup>®</sup> 500  
50 comprimés



# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH  
LOT T235 PER 02/23

GLYCAN<sup>®</sup> 500  
50 comprimés



**hydroxo 5000**

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 05/2023  
LOT 01009 2

**hydroxo 5000**

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 05/2023  
LOT 01009 2

**hydroxo 5000**

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 05/2023  
LOT 01009 2