

## 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, parodontologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-487525

ND: 39913

Caran

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : M. Benhaddouch Lahcen

Date de naissance : 05/01/1943

Adresse : 27, Rue Jaua N° 5 Abdal

Tél. : 0537775224 0671701392 Total des frais engagés : 2774,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : M. Benhaddouch Lahcen Age : 77 ans

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

Nature de la maladie : maladie chronique embolie de cholestérol

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 : RABAT

Le : 01/09/2020

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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZ-ZAHRA Rue. Av. Oued Roman, Hay Al Inbia TAMBOUR 05 37 80 71 00	1/29/2020	2774,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

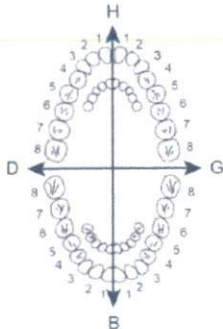
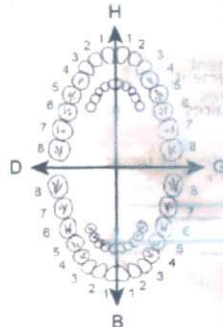
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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"/>												
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina  
Hôpital Ibn Sina

مستشفى ابن سينا

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ  
ⵜⴰⵎⴰⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵔⴰⵏⵜ  
ⵎⴰⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ  
ⵎⴰⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ

Pr. BENAMAR Loubna  
Néphrologie-Hémodialyse  
Dialyse Péritoneale-Transplantation  
CHU - Ibn Sina  
INPE : 101107282

RABAT le 01/09/2020

Dr. Hadjroul Khou

(269 x3) = 1/ couma 10/5 s/r  
= 807  
9760 x2 = 2/ Redlip 20 s/r  
= 19520  
(2170 x5) = 3/ As 250 s/r  
= 10850  
4670 = 4/ zy 100 s/r  
(272 x3) = 5/ Avodail 1 gel / r  
800  
(267 x3) = 6/ natral LP 10 s/r  
801

LOT 200363  
EXP 02 2024  
PPV 46.70 DH

LOT : 20E005  
PER : 10 2021  
ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

LOT : 20E005  
PER : 10 2021  
ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

LOT : 19E001  
PER : 06 2021  
ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

LOT : 20E004  
PER : 08 2021  
ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

LOT : 20E004  
PER : 08 2021  
ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

Pr. BENAMAR Loubna  
Néphrologie-Hémodialyse  
Dialyse Péritoneale-Transplantation  
CHU - Ibn Sina  
INPE : 101107282

Pr. BENAMAR Loubna  
Néphrologie-Hémodialyse  
Dialyse Péritoneale-Transplantation  
CHU - Ibn Sina  
INPE : 101107282

Pharmacie AZAMRA  
Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Andalous  
Tél : 537 80 71 00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Tel : 537 80 71 55 - Fax : 537 80 71 55 - Email : chu.cc.ibnsina@sante.gov.ma - Fax : +212 537 67 51 55 : الفاكس



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

97,60

97,60

269,00

269,00

269,00





**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 1/09/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Remplir par le praticien	
Je soussigné: .....	Dr. Loubna BENAMAR Professeur Néphrologue
Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: .....	
Benhabouch Dahcen	
Présente .....	
Insuffisance rénale chronique	
Nécessitant un traitement d'une durée de: .....	
2 ne	
Dont ci-joint l'ordonnance.....	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr. Loubna BENAMAR  
Professeur  
Néphrologue - Néphrologue  
Transplantologie - CHU Ibn