

## 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° W19-572745

41965

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

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

Matricule : **11118** Société : **CA**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **AZZEHIZI Nabil**

Date de naissance : **05.06.1972**

Adresse : **60. KITAHLA Assi RUE G N° 6 ABEN MOU2**

Tél : **05 27 68 78 7** Total des frais engagés : **312.40** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **الطبيب ازيد بن باني**

**Dr. Azeddine BENNANI**  
طبيب جراحى للأسنان  
Chirurgien - Dentiste  
D.F.M. de Nantes (France)  
35, Bd. Méd V - Imm. Ecole Pigier  
Tél : 05 23 34 31 77 El Jadida

Cachet du médecin :

Date de consultation : **25/09/2020**

Nom et prénom du malade : **N° AZZEHIZI Nabil** Age : **48**

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

Nature de la maladie : **15 c3**

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 MUR**

Le : **28/09/20**

Signature de l'adhérent(e) :

**(4)**

# 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
25/09/2020	C	D5	150 =	INP : 124018336
				الدكتور عزالدين بناني Dr. Azzeddine BENNANI Chirurgien - Dentiste D.E.M. de Nantes (France) Imm. Ecole Pigier Tel: 05 23 34 31 77 Eljadida

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/09/2020	312.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

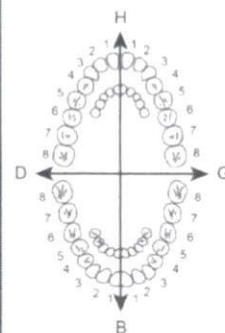
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

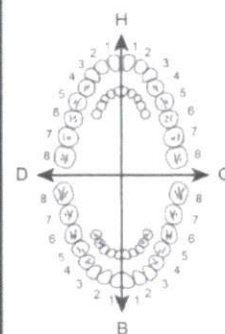
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. BENNANI Azeddine

Chirurgien - Dentiste

Diplômé de la Faculté de Chirurgie  
Dentaire de Nantes

35, Bd. Mohammed V - El Jadida  
Téléphone : 05 23 34 31 77

الدكتور بناني عز الدين

طبيب جراحى للأسنان

حريج كلية طب الأسنان نونت فرنسا

35، شارع محمد الخامس الجديدة

الهاتف : 05 23 34 31 77

El Jadida, le : 21/08/2020 في: البصيرة،

AZZEHI ZI

Nabih

149.0

1/ Chevalier

Smichet

470

21/ Cheffou

980

3/ Al Des

1790

4/ Burathoul

312.00

PHARMACIE FADEL  
SIDIALI  
Tél: 05 23 34 79 46

Dr. Azeddine BENNANI  
Chirurgien - Dentiste  
Diplômé de la Faculté de Chirurgie  
Dentaire de Nantes  
35, Bd. Mohammed V - El Jadida  
Téléphone : 05 23 34 31 77

**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**1g** /125 mg

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.

..... كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.  
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 149,00 DH  
LOT: 614293  
PER: 09/21



LOT 191338  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

LOT: M19124  
EXP: AOU 2022  
PPV: 45,50 DH

18,90