

## 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.



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

Déclaration de M

N° W19-452502

159321

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9632 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : ERCHIDI - ZAKIA  
Date de naissance : 09 JAN 1977  
Adresse : Siège CASA ANFAS Ancien Aéroport -  
Tél. : 0661431703 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Bennani Abdelhak  
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION  
413, Bd. Mohammed VI

Tél : 05 22 40 33 34 - Casablanca  
INP : 091024489

Date de consultation : ERCHIDI - ZAKIA

Nom et prénom du malade : ERCHIDI - ZAKIA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horlogerie  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
R A / 19 C.A.D.		500	INP : [Signature] Dr. Brouha RINCHE - Casablanca A.S.P. Po. Infirmiers 2240 33 34 - Casablanca T.P. 091024489

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/19	# 63160 #

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

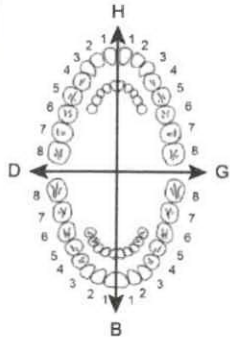
[illegible]

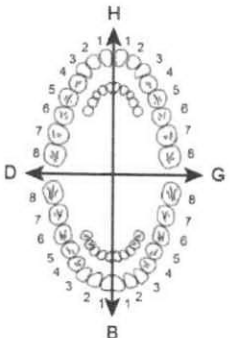
## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>									
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>									
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>									
					FIN D'EXECUTION	<div></div>									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>													
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><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 colspan="2">B</td></tr></table>		H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>												
				DATE DU DEVIS	<div></div>													
				DATE DE L'EXECUTION	<div></div>													

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)



عيادة متخصصة في :  
- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le :

5 / 12 / 19

ENCHEM. TOKIA

$(24,4 \times 3) + (6,80 \times 2)$

le molybde

100  
28

S.V

S.V

112,8

14,60 x 2

D. cur (t)

S.V

111,1

187,00

omega 3

S.V

114,1

68,60

Hepan

S.V

115,1

130,00

Monhae

S.V

116,1

bioelectro

117,1

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

Total = 631,60

صيدلية المدينة الخضراء  
PHARMACIE GREENTOWN  
Dr. Marie AZENAR  
433, Bd. Mohammed V, 2ème Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1er) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35  
Ville verte - Bouskora - Tél : 011 510 5263 50

433, شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 05 22 40 33 34 / 35

433, Bd. Mohammed V, 2ème Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1er) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35

GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.benn@hotmail.fr

PPV: 49,60 DH  
LOT: 19F18/B  
EXP: 06/2022

PPV: 49,60 DH  
LOT: 19F18/B  
EXP: 06/2022

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

740 04 22  
LOT PER  
Prix 99,00


هيپانبات  
40 قرص

68,60 DH

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
CERTIFIE ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

11/2021  
U3101

Produit Fabriqué par ESI s.p.a.   
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY esi.it  
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid  
Benjeloun - Maarif extension - Casablanca