

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Diagnostique 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- Reclamation : 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**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059949

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2310 Société : RAM 60125

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MANAR ABDELWAHAB

Date de naissance : 8/11/1951

Adresse : LOT-HABBA No 129 ELLOULFA

CASA

Tél. : 0670351833 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Imane DARI ep BENGHANEM  
Pneumophthisiologue - Allergologue  
Angle Al Qods - RS 1029 - 2e Etg. N° 8  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 0522 58 49 43

Date de consultation : 19/01/2021

Nom et prénom du malade : MANAR ABDELWAHAB Age :

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

Nature de la maladie : BRANCHEDATIE

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 : 17/01/2021


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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/01/2021      |                   | 2                     | 271.60                          | Dr. Imane DARI ep BENGHANEM<br>Pneumophtisiologue - Allergologue<br>Angle Al Ouds - RS 1029 - 2e Etg. N° 8<br>Sidi Maarouf - Casablanca<br>Tél: 0522 58 49 43 |
| 19/01/2021      |                   | EPR                   | 500.00                          | Dr. Imane DARI ep BENGHANEM<br>Pneumophtisiologue - Allergologue<br>Angle Al Ouds - RS 1029 - 2e Etg. N° 8<br>Sidi Maarouf - Casablanca<br>Tél: 0522 58 49 43 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  Pharmacie Al Nassim<br>N° 22922 Oudja<br>Casablanca - Tél: 05 22 90 39 12<br>INF: 0920405<br>ICE: 092042097000024 | 19.01.2021 | 271.60                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

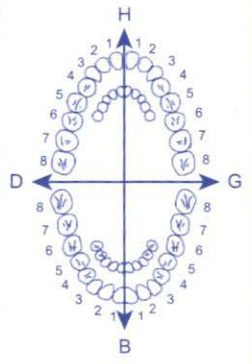
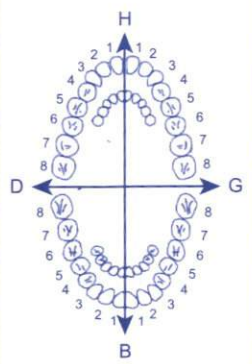
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins    | Coefficient        |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|---|---|---------------------|--------------------|-------------------------|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|-------------------------|--|
|    |   |                     |                    | COEFFICIENT DES TRAVAUX |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    | MONTANTS DES SOINS      |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION       |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    | FIN D'EXECUTION         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   |   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | Coefficient des Travaux |  |
|   | H   |                     | H                  |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   | 25533412  | 21433552            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   | 00000000  | 00000000            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   | D   |                     | G                  |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   | 00000000  | 00000000            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   | 35533411  | 11433553            |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   | B   |                     |                    |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |  |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     | 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. Imane Dari ep. Benghanem

Médecin spécialiste :

Pneumo-phtisiologue Allergologue

Tests cutanés d'allergie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Radiographie des poumons

(Adultes - Enfants)



الدكتورة إيمان داري بنغانم

طبيبة اختصاصية في :

الأمراض الصدرية والحساسية

التحليلات الجلدية للحساسية

فحص الوظيفة التنفسية

الفحص بالأشعة

(للکبار و الصغار)

Casablanca, le :

19/01/2021

البيضاء في :

Dr. Imane Dari

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 11/2023  
LOT 00049 5

219,601 - Dline forte =

1 ampoule par 15j, 1/10 ml  
1 ampoule / ml pendant 3 mo

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

82,102 - Inixium 20

Appl: 1/2 h avant repas / 1/2

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair brou al soum roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Bolte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

40,903 - Binarckine

Ap x 2 / j

IMPORTED  
& DISTRIBUTED BY:  
S.I.C.  
Bldg n°56 - Street 10  
Maadi - Cairo - EGYPT  
Registration n° 7120117

العنوان  
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA

PPC : 99 DH 00

3 564300 031258

99,002 - Rhysomer

1 application x 31; 1/10 j

5 - Nasonex petit medele

2 ph / 10 j

Dr Imane DARI ep Benghanem

Pneumophtisiologue Allergologue

Rondpoint al Mostakbal angle al Qods

RC 1029 2eme etg N°8 Sidi Maârouf

مدار المستقبل. شارع أبو بكر القادري وشارع القدس. إقامة ندى. الشقة رقم 8. الطابق 2

سيدي معروف. الدار البيضاء. الهاتف : 0522 58 49 43

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubaker el Kadiri et Bd. El Qods,  
Résidence Nada, Appt. N°8 2ème étage, Sidi Maârouf - Casablanca - Tél : 0522 58 49 43



Dr. Imane DARI Ep. BENGHANEM

Médecin spécialiste en

Pneumo-phtisiologie Allergologie

Tests cutanés d'allergie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Radiographie des poumons

Adultes – Enfants



الدكتورة إيمان داري بنغانم

طبيبة اختصاصية في

الأمراض الصدرية و الحساسية

التحليلات الجلدية للحساسية

فحص الوظيفة التنفسية

الفحص بالأشعة

الكبار-الأطفال

## FACTURE

Casablanca, le : 19/11/2021 : البيضاء في

- Nom et Prénom : NADAR LATIFA

- Examens demandés :

- Tests Cutanés d' Allergie :

☐

- Exploration Fonctionnelle Respiratoire :

☒

Cinq cent dirhams (500 DH)

- Radio Pulmonaire face

☐

- Nébulisation :

☐

Dr Imane DARI ep Benghanem  
Pneumophtisiologue-Allergologue  
Rondpoint Al Moustakbal angle Al Qods  
RC 1029 2ème étage N°8 Sidi Maârouf  
Casablanca Tél : 05 22 58 49 43

مدار المستقبل، شارع أبو بكر القادري و شارع القدس، إقامة ندى، الشقة رقم 8، الطابق 2  
سيدي معروف، الدار البيضاء، الهاتف : 0522 58 49 43

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubaker el Kadiri et Bd. El Qods,  
Résidence Nada, Appt. N°8 2ème étage, Sidi Maârouf – Casablanca.- Tél. : 0522 58 49 43