

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 058140

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3182 Société : RAM 60462

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENTHMA Khodija

Date de naissance : 08/12/1955

Adresse : 141, Bd Bourguiba Casablanca

Tél. : 0663643908 Total des frais engagés : 3M, 40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mustapha OUDRHIRI  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplôme en Diabétologie

Date de consultation : 09/02/2021

Nom et prénom du malade : BENTHMA Khodija Age : 65 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Atherosclérose

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 : CASABLANCA le 09/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058140

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3182

Nom de l'adhérent(e) : BENTHMA

Total des frais engagés : 3M, 40

Date de dépôt : 09/02/2021



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
09/02/2011	63		400,00	

09/02/2011 L3 400,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LAHJAJMA</b> <b>Nadia ZEMMAMA</b> Avenue du Phare Résidence Taghazout Casablanca - Tél.: 05 22 26 28 67	09/02/2007	151140

[illegible][illegible][illegible][illegible]

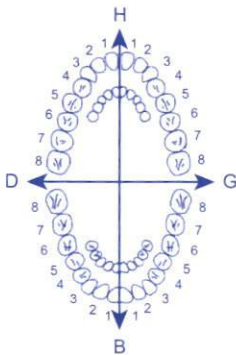
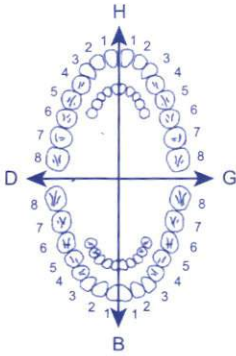
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

					Coefficient des travaux	<input type="text"/>
					Montants des soins	<input type="text"/>
					Début d'exécution	<input type="text"/>
					Fin d'exécution	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة الطب الباطني وطب المسنين  
CABINET DE MEDECINE INTERNE ET DE GÉRIATRIE

Dr. Mustapha Oudrhiri

Spécialiste en Médecine interne et en Gériatrie  
Diabétologie - Echographie générale  
Ancien médecin des hôpitaux de Paris  
Ancien médecin de l'hôpital militaire  
Mohamed V de Rabat  
Membre de la Société Française  
de Gériatrie et de Gérologie



د. المصطفى ودغيري

أخصائي في الطب الباطني وطب المسنين  
دبلوم جامعي في مرض السكري  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
طبيب سابق بمستشفيات باريز  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le : 09/02/2021

MME BENHIMA KHADIJA

1. Cilentra 10 mg

1 cp/j le matin pendant 03 mois

2. Cardioaspirine 100 mg

1 Comprimé, midi, après le repas, pendant 03 mois

3. Panalgie 500 mg/50 mg

1 Comprimé, matin, midi et soir si douleurs

4. Magnemar 16 cp

1 Comprimé le soir pendant 01 mois

AR en consultation le 10/05/2021

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



INPE : 091165605

www.doudrhiri.com

E-mail : oudmus@yahoo.fr

49, Bd. 2 Mars, Imm les Roseaux, 2ème étage, Appt. N°7 (à côté du lycée Mohammed V) - Casablanca

Tél.: 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04 - Urgences : 06 66 35 25 99



**MAGNEMAR®**  
300 mg B6

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

LOT 20.197  
07/2023

15,00

