

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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)

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 (L.G.) - 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° P19- 050780

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYANIA ABDERRASIH

Date de naissance : 1949

Adresse : LOTissement FLORIDA-Sidi Maarouf

Quatrefoil

Tél. : 066520356 Total des frais engagés : 360 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Cachet du médecin :

54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Date de consultation : 12/04/2021

Nom et prénom du malade : Benyania Abderrasih

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

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : 14 / 04 / 2021

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

# 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
12/04/21	C2		300,00	<p>Docteur Mohammed BENJANI</p> <p>Ophthalmologiste</p> <p>54, Bd. Rachidi - Casablanca</p> <p>Tel: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 27</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie El Med Ali</p> <p>D.r Ali EL Med Ali</p> <p>S.N. Maarouf Casablanca</p> <p>TELFax: 05 22 87 51 16</p> <p>Gsm: 06 67 80 54 68</p>	12/04/21	600,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

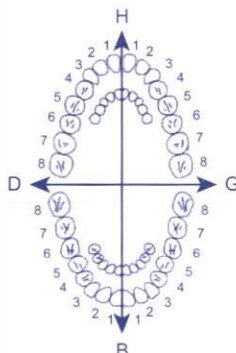
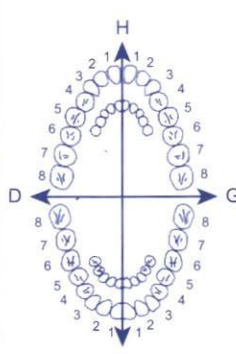
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT 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><tr><td colspan="2">H</td><td></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 colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le 12 avril 2021

**Mr. BENYAHIA Abderrafie**

60,00 DH

OXYAL



60,00  
N°1  
PRIX : 60,00

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PHARMACIE Ahmed Ali  
D.r Ali EL JOUADI  
54, Bd Rachidi - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 22 40 22 / 05 22 22 73 22  
Gsm : 06 64 60 54 68

~~Docteur Mohamed BENNANI~~

~~Ophtalmologiste~~

~~54, Bd Rachidi - Casablanca~~

~~Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22~~

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

*Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris*

**الدكتور محمد بناني**

*طب العيون*

**أمراض وجراحة الشبكية**

*داخلي سابقا بمستشفيات باريس*

**CASABLANCA, Le lundi 12 avril 2021**

**HONORAIRES :**

**Mr. BENYAHIA Abderrafie**

**Acte : Consultation : C2.**

**Montant : 300 DHS ( TROIS CENTS DHS ).**

**Docteur Mohamed BENNANI**  
**Ophthalmologiste**  
**54, Bd. Rachidi - Casablanca**  
**Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22**