

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 - Tel : 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° W21-630354

71241

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12112 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DI BASS LAÏLA
 Date de naissance : NSR
 Adresse : NSR
 Tél : 066107833 Total des frais engagés : 226,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENLYAZID EL HAS SANI A III
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Otorhinolaryngologique de la Face et du Cou
 119, Bd. Abdou Moumen - Casablanca
 Date de consultation : 07/05/2021
 Nom et prénom du malade : DI BASS LAÏLA Age : 18
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prothèse dentaire
 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) : 18/05/21

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
20.05.2019	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/5/2021	2.910

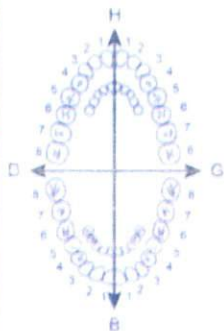
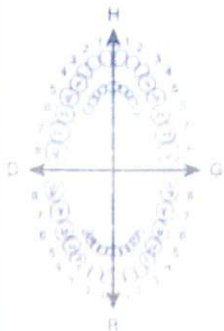
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1" data-bbox="1509 900 1729 1051"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433253</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21423552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433253	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21423552																	
0000000	0000000																	
D	G																	
0000000	0000000																	
35533411	11433253																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Adil Benlyazid

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)

د. عادل بن اليزيد

اختصاصي في أمراض و جراحة
الأنف، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
د. تيمر، سابق، في، كلية الطب (بوتور فرنسا)



LOT: 20E031
PER: 01/2023

ASPEGIC 16
SACHETS 820

P.P.V : 61DH10



6 118000 261076

Casablanca, le07/05/2021.....

MME DIBAJI LAILA

- D-Cure : 1 ampoule
- Vitamine C 1000, 2 boîtes
- Xanax 0,5 mg : 1/2 cp le soir pendant 5 jours
- Co-doliprane : 2 cp si douleur (2 boîtes)
- Aspegic 1000 2 boîtes

PPV: 56,30 DH
LOT: 20L15D
EXP: 12/2022

56.30

35.2690

89.2042

51/10

22410

PPV: 22DH20
PER: 01/23
LOT: K131

Dr. BENLYAZID EL HAJ SANI / il
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la face et du cou
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
ICE:001918333000002 - IF:14477065 - INPE:0911 1052

Vita C 1000®

PPV 26DH90 EXP 02/2024
LOT 11043 10

PPV: 22DH20
PER: 01/23
LOT: K237

119, Bd Abdelmoumen 3ème étage N 26 – Casablanca شارع عبد المومن، الطابق 3 رقم 26 الدار البيضاء

Tél : 05 22 47 55 39 / GSM : 06 62 63 07 03 – E-mail : drbenlyazidorl@gmail.com

ICE : 001918333000002 / IF : 14477065 / INPE : 091169052