

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE FOUR

## 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.

### Biologie 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.

### 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.

### 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Declaration de Maladie

N° M21- 0011009

☒ Maladie **3418** ☐ Dentaire

☐ Optique **102683** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **03418** Société : **Royal Air Maroc**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Réhab**

Nom & Prénom : **Benani Jamal**

Date de naissance : **13/07/66**

Adresse : **558, CG2, Ville Verte, Sousse - Tunisie**

Tél. : **0661069808** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Oumnia BENKIRANE**  
**ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE**  
Patente: 35712445 - 0700181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023796 - TEL: 0522 94 38 97 / 86

Date de consultation : **02/09/2022**

Nom et prénom du malade : **Houssin Samia Neas** Age : **48**

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

Nature de la maladie : **Insuffisance Veineuse**

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 : **02/09/22** Le : **02/09/22**

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
02/02/21				
02/02/21				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

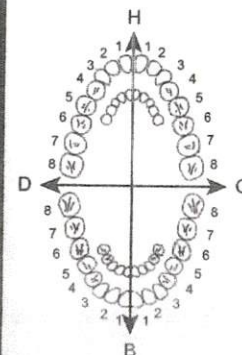
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

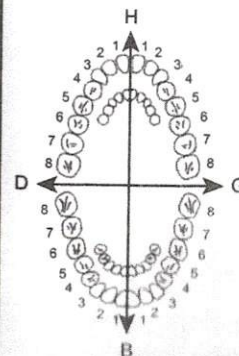
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	02/02/21	dépense dental				600000
	02/02/21	prothèse				100000
		soins de				600000
		soins de				600000

VOLET ADHERENT

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



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTI



# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010931

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03418 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bennani Jamel

Date de naissance : 13/07/1960

Adresse : 558, Cas Ville Verte - Soudara - BA

Tél. : 0661069808 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Oumia BENKIRANE**  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Potenti: 35712445 - IE: 40760181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

Date de consultation : 06/07/2019

Nom et prénom du malade : Housseini S. Age: 58

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

Nature de la maladie : Hémorroïdes

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 : 06/07/2019

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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-010931

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
06/09/11	12 séances de rééducation		12000	

Dr. Omnia BENKIN  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712445 - I.F: 40700181  
ICE: 007745629000026  
N°PE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

[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 de l'ODF.

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		
	<div> <div>H</div> <div> 25533412 21433552  00000000 00000000 </div> <div>D G</div> <div> 00000000 00000000  35533411 11433553 </div> <div>B</div> </div> <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez 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	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	


**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<b>H</b> 25533412 00000000 <hr/> 00000000 35533411 <b>B</b>	21433552 00000000 <hr/> 00000000 11433553 <b>G</b>	<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
			<b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدوالي CENTRE d'EXPLORATION VASCULAIRES

Dr. oumnia BENKIRANE

Diplômée de la faculté de  
Médecine de Limoges

Angiologue - Phlébologue

Maladies des Artères - Veines

Lymphatique

Traitement des varices

الدكتورة أمينة بنكيران

حائزة على دبلوم بكلية

الطب بليموج

طبيبة متخصصة في الشرايين،

الأوعية اللمفاوية، الدوالي،

وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca LE 02/02/2022

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

NOM: MME HOUSSINI SQUALI

PRENOM MOUNA

MEDECIN TRAITANT : DR.O.BENKIRANE

Motif : INSUFFISANCE VEINEUSE

Types d'Examens : 12 séances de sclérose

600.00 dhs la séance

Total 7200.00 DHS

SEPT MILLE DEUX CENT DIRHAMS.

Dr Oumnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712A - 16-40700181  
ICE: 001-5629000024  
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

Résidence Kheir 237,  
angle Bd. Zerkouni  
et Bd d'Anfa Casablanca  
SECRETARIAT & PRISE DE  
RENDEZ-VOUS

Tél.: 05 22 94 38 96

05 22 94 38 97

07 07 73 73 13

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237  
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 38 96

05 22 94 38 97

07 07 73 73 13

Site web: [www.centrevarices.com](http://www.centrevarices.com)  
Email: [Benkirane.oumnia@gmail.com](mailto:Benkirane.oumnia@gmail.com)



# مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدوالي CENTRE d'Exploration Vasculaires

Dr. oumnia BENKIRANE

Diplômée de la faculté de  
Médecine de Limoges  
Angiologue - Phlébologue  
Maladies des Artères - Veines  
Lymphatique  
Traitement des varices

ICE 001745629000026  
INP 091023796

الدكتورة أمينة بنكيران  
حائزة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبيبة متخصصة في الشرايين،  
الأوعية اللمفاوية، الدوالي،  
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca, le 06/07/2022

## FACTURE CALENDRIER

**Nom Et Prénom Du Patient :** MME HOUSSINI SQUALI  
MOUNA

*Nous vous prions d'accepter l'expression de  
nos sentiments distingués et de recevoir  
suivant l'usage la note d'honoraires pour les  
examens suivants :*

02 SEANCES DE SCLEROSE LE 22/03/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 26/04/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 19/05/2022  
02SEANCES DE SCLEROSE LE 01/06//2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 23/06/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 06/07/2022

600.00 DHS A LA SEANCE

Arrêté la présente facture à la somme 7200.00 DHS








**SEPT MILLE DEUX DIRHAMS**

Résidence Kheir 237,  
angle Bd. Zerkouni  
et Bd d'Anfa Casablanca  
SECRETARIAT & PRISE DE  
RENDEZ-VOUS  
Tél.: 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

Dr Oumnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712445 I.F: 40700181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237  
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

Site web: [www.centrevarices.com](http://www.centrevarices.com)  
Email: [Benkirane.oumnia@gmail.com](mailto:Benkirane.oumnia@gmail.com)

N° Dossier: 102683   
N° Dossier externe: ACC-03418-08/02/2022  
Type de dossier: REEDUCATION   
Bénéficiaire: BENNANI MOUNA  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 08-02-2022   
Date de fin: 08-02-2022   
Date de saisie: 08-02-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
08-02-2022	Manuel	FAIRE CV
10-02-2022	Manuel	appel sans réponse 0661069808
10-02-2022	Manuel	contre visite envoyé à dr.zouhair fatima
10-03-2022	Manuel	Ok pour les séances DE SCLEROSE DEMANDEES INSF VEINEUSE
10-03-2022	Manuel	OK LES SEANCES SE SCLEROSE DES VEINES INSUF VEINEUSE
10-03-2022	Manuel	ACC DE 12 SEANCES DE SCLEROTHERAPIE
10-03-2022	Manuel	sms envoyé

st inject<sup>3</sup>.

pour RB + la FACHMC  
+  
le planning