

## 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 - 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° W19-471342

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8366 Société : D 222 77

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZMY JAMILA

Date de naissance : 22/02/1960

Adresse :

Tél. : 0693978815 Total des frais engagés : 164,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Pr. A. BENGHALEM**  
Professeur Agrégé  
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale  
58, Bd. Rachidi-Casa Tél: 0522 48 63 65  
ICE: 001711024000057 INP: 091022103

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : Azmy Jamila Age :

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

Nature de la maladie : affection ORL

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) :



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
9 JUIN 2022	C3		G. BENCHALEM	INP : 091022103
29 JUIN 2022				

Pr. A. BENCHALEM  
 Professeur Agrégé  
 Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale  
 SA Rd Rachidi-Casa Tél: 0522 48 63 45  
 ICE: 00171024000257 - INP: 091022103

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/22	14410

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

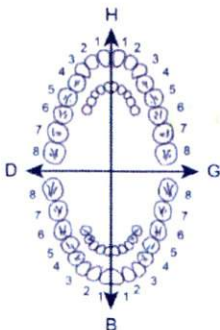
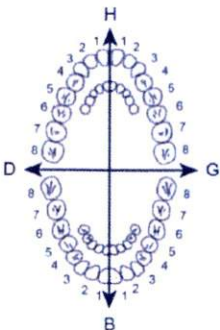
[illegible]

# 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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					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





LOT: M21145  
EXP: OCT 2024  
PPV: 45.50 DH

NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER CO<sub>2</sub>-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
**IMPLANTATION COC**  
DIAGNOSTIC ET BILAN

Casablanca, le

ET BILAN F  
29/6/20

LOT : 6928  
UT. AV : 02-25  
P.P.V : 10 DH 60

PPV: 88DH00  
PER: 03-25  
LOT: L 937

جراحة أمراض  
جراحة الأذن وال  
جراحة الع  
جراحة أم  
الإنعاش ال  
جهاز اللايز  
جهاز السكا  
زرع فوقية ا  
التشخيص وال  
الدار البضاء في .....

مصحة  
الراشدي

4 = 187 y family!

- Saphir-lyst

US 2/2/5 PA 9

4550

- Catapla Bog 4

1422/5 P17J

1060

Delstop 18 cp

1423/5 S. D. S. D. S.

मुद्रा

**PHARMACE LAJAJRA**  
**Medic ZENNAMA**  
 Avenue Pharm. résidence Taharot  
 Casablanca - Tél. 05 22 20 22 99

35504150 - الهاتف :  
 05 22 20 22 99  
 www.cl

**Pr. A. BENGHALEM**  
Professeur Agrégé  
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale  
58, Bd. Rachid-Cosmaï - 0522 48 63 65  
ICE:001711024000057 - INP:1091022103

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ض. ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - م. ت: 74087 - البانكا: 35504150  
الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37  
الفاكس: 05 22 22 03 57 - [www.cliniquerachidi.com](http://www.cliniquerachidi.com)

[www.cliniquerachidi.com](http://www.cliniquerachidi.com)