

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- Reclamation : [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)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060449

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1962 Société : 123322  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Dersi Ahmed  
 Date de naissance : 31/10/1998  
 Adresse : 55 cite salim Bouznika  
 Tél. : 06 45 12 39 95 Total des frais engagés : 143,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. OMAR BENMBAREK**  
 Médecin Généraliste  
 1028, Hay Riad - BOUZNKA  
 Tél : 05.37.64.91.79  
 en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  
 INPE : 061188827  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 28 JUN 2022  
 Nom et prénom du malade : Dersi Ahmed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : chet supple  
 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 : Bouznika Le : 28/07/2022  
 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
28 JUIN 2022			1804	Dr. OMAK BENMAREK Médecin Généraliste 1028, Hay Riad - BOUZOUKA Tél : 05 37 64 91 79 en cas d'urgence : 06 72 43 50 87 INPE : 06 11 88 82 7

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Famille Dr. EDDAKHCH N°4, Hay Othmane - Bouzouka Tél : 05 37 74 55 51	28/06/2022	143,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

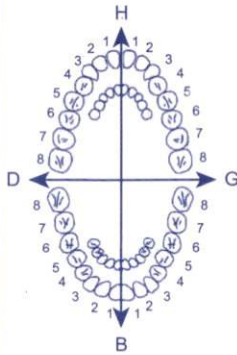
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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

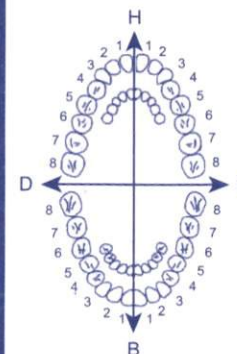
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# 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



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

Cabinet Dr. Omar Benmbarek

Médecin Généraliste



عيادة الدكتور عمر بنمبارك  
طبيب عام

# Ordonnance

Bouznika le : 28 JUN 2022

Nom et prénom : .....

ahmed derssi

14,30

• RHINOFEBRAL CO B20 GELULES

1-1-1-1

• UNIZITRO CO 500MG B3 COMP

0-1-0

• DOLOSTOP CO 500MG B20 COMP

1 cp \*2/ jr

• KOPRED CO 20MG B20 COMP EFFER

3 cp / jr

Pharmacie de la Famille  
Dr. EDDAÏCH Hanane  
N°4, Hay Oulmane - Bouznika  
Tél : 0537 74 55 51

Dr. OMAR BENMBAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNIKA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  
INPE : 061188827

Pharmacie de la Famille  
Dr. EDDAÏCH Hanane  
N°4, Hay Oulmane - Bouznika  
Tél : 0537 74 55 51

Adresse : 1028 hay riad bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87

E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

العنوان : حي الرياض رقم 1028 بوزنيقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

المحمول في الحالات المستعجلة : 06 72 43 50 87

البريد الإلكتروني : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

LOT : 5112  
UT. AV : 11-24  
P.P.V : 36 DH 40

756.836.07.19

LOT : 211136  
EXP : 06/2024  
PPV : 14.30 DH

UT. AV :  
LOT N° :

LOT : 3916  
UT. AV : 09-24  
P.P.V : 10 DH 20

LOT : 3420  
UT. AV : 09-22  
P.P.V : 10 DH 20

LOT 221992  
EXP 12/23  
RPV 720H00

Vote Orale