

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-657690

*pas couronné*

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01650

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKHIR

KARIMA

Date de naissance : 03/08/58

Adresse : 422, Assaf B

Marrakech

Tél. : 06 11 69 90 35

Total des frais engagés : 377 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. ZENJARI Aïda**  
Médecine Générale  
Diabétologue  
279, Rue Dajana Assaf B Cité Mohammed VI  
Marrakech - Tél : 06 24 39 66 72

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3-8-2022

Nom et prénom du malade : BELKHIR - Karima

Age : 69

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CCZ

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08 / 08 / 2022

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-657690

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 01650

Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR

Total des frais engagés : 377 DH

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03-08-22	227,00

[illegible]

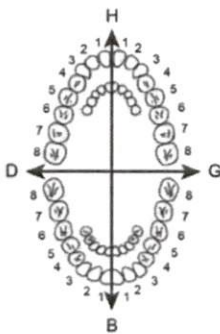
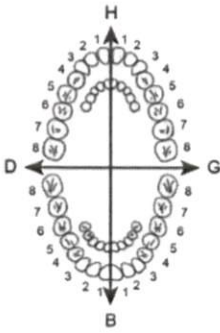
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>															
						MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>														
							DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>													
								FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>															
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>		
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <table><tr><td></td></tr></table>																
			DATE DE L'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZENJARI Afifa

Médecine Générale

279, Rue Abi Dajana Assif (B)

Cité Mohammadia - Marrakech

Tél. : C/D : 05 24 30 66 72

Diabétologue

مكتورة الزنجاري عفيفة

الطب العام


279، زقة أبي دجانة

ميف (ب) الجي المحمدي مراكش

اتف: مكتب / منزل : 05 24 30 66 72

اختصاصية في أمراض السكري

Marrakech, le : 3-8-2022 مراكش في :

ABERKHIR - 

168,00

1) Bactospray

30,00 1 pul x 2/1 Tmb

2) Locatop  
1 app / 1 L

3) Nycoden poudre

49,00 1 app x 2

297,00



PHARMACIE BENNOUS  
Dr. LEHJAZAR Raja  
No 283 Lotissement Belkacar 2  
Marrakech - Tél : 05 24 30 25 82  
Dr. ZENJARI Afifa  
Médecine Générale  
Diabétologue  
279, Rue Dajana Assif - Cité Mohammadia  
Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72

## CONSEILS D'UTILISATION

Vaporiser le produit pur  
directement sur les zones  
concernées, ne pas rincer.  
Usage externe. Ne pas avaler.

## COMPOSITION

Chlorhexidine, Chlorure de  
benzalkonium, Chlorphénésine,  
Glycérine, Propylène glycol.

## INGREDIENTS

Aqua, propylen glycol, glycerol,  
benzalkonium chloride,  
chlorhexidine digluconate,  
chlorphenesin.

**BACTOSPRAY**

LOT: BGB61

EXP: 07/2024

PPC: 138.00DH

Laboratoire ADDAX  
France



**IBERMA**

# MYCODERME<sup>®</sup> 1%

**Poudre dermique**  
**Nitrate d'éconazole**

LOT : 08221016  
PER : 06/2026  
PPV : 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g