

# RECOMMENDATIONS 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

M22- 0023629

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07731

Société : R.A.M. 13711

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TABET BEN SLIMANE ABDELAZIZ

Date de naissance : 1957

Adresse : HAY ZIATEN-DANGER

Tél. : 0697530515

Total des frais engagés : 50.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL HFID MOHAMED  
Professeur agrégé  
Radiothérapie-oncologie  
vacataire la Clinique d'Oncologie Tanger  
INPE 10711029

Date de consultation : 26/9/2024

Nom et prénom du malade :

Age : 55

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

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
20/09/2022	8/16		6	

**Dr. EL HACHEM**  
 Professeur agrégé de  
 Radiotherapie-oncologie  
 vaccinaire la Clinique d'Onologie Tumorale  
 INPE: 101111029

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENNANI Tarik Achakar Dr. BENNANI Kamelia ICE: 00051102700000 Tél: 05 11 11 11 11 INPE: 162102370	26/09/2022	72,70
	26/09/2022	17,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

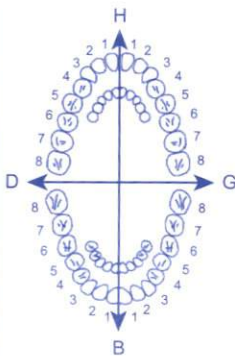
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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.

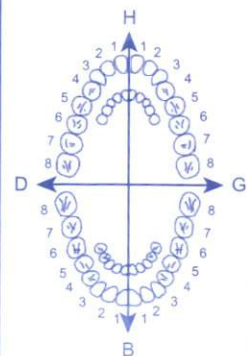
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
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



مصلحة الأكلوجيا طنجة

CLINIQUE D'ONCOLOGIE TANGER

Tanger, le

26/9/2029

ORDONNANCE

M<sup>me</sup> - TABIT BENSLIMANE

ABDELAZIZ

38,00

(1) - Erbus 5g SV



- 1 cp le soir (bndi)

- 1 cp matin (m)

- 1 cp matin (m)

schémas 20g

34,70 (2) 2 cp le soir (bndi)

2 cp matin (bndi)

LOT N°: 34,70  
UT: AV:  
PRV (DH):

قطعة 12 الغندوري • ملياطا  
ص.ب. 640 11 محطة طنجة المدينة  
90 000  
Lot. 12, Z.A.T. El Ghandouri • Malabata  
BP. 11 640 Tanger Médina Gare  
90 000 Tanger

05 39 30 17 13  
05 39 30 17 13  
05 39 30 17 23

contact@oncotanger.com  
www.oncotanger.com

Dr. EL HFID MOHAMED  
Professeur agrégé  
Radiothérapie oncologie  
vacataire la Clinique d'Oncologie Tanger  
INPE: 101111020



Membre du  
réseau de  
cliniques

Oncorad  
Groupe





مصحة الأكلوجيا طنجة

CLINIQUE D'ONCOLOGIE TANGER

Tanger, le

26/01/2022

ORDONNANCE

MM Tabet BENNA

Abdelaziz

CLOPRAME® 10 mg 40 comprimés sécables

PPV 17DH30

EXP 01/2025

LOT 1N0163

1730

(2)

Cloprame 1730

Pharmacie BENNANI  
Dr. El Fadid Mohamed  
Lot. 12, Z.A.T. El Ghandouri  
BP. 11 640 Tanger Médina Gare  
90 000 Tanger  
Tél: 05 39 30 17 86  
05 39 30 17 13  
05 39 30 17 23  
contact@oncotanger.com  
www.oncotanger.com

Amprax 2315

30 min avant reps.

rel + 3j.

Dr. EL HFID MOHAMED

Professeur agrégé

Radiothérapie-oncologie

vacataire la Clinique d'Oncologie Tanger

INPE : 101111029

(2)

Cloprame 1730

قطعة 12 الغندوري • ملياطا

من ب. 11 640 محطة طنجة المدينة

طنجة 90 000

Lot. 12, Z.A.T. El Ghandouri • Malabata

BP. 11 640 Tanger Médina Gare

90 000 Tanger

05 39 30 17 86

05 39 30 17 13

05 39 30 17 23

contact@oncotanger.com

www.oncotanger.com



160061420

Membre du  
Réseau de  
cliniques

Oncorad  
Groupe

Amprax 2315