

## 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° W21-617592

139500

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AMM Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOULCI YASSINE

Date de naissance : 12/01/19

Adresse :

Tél. : 06 44 21 63 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rochd BENMERZOUZ  
Pediatre  
Bd. Al Qods, Lot. Al Majd  
Imm. A 1er Etage. N° 4  
Inara, Ain Chock - Tél. : 022 52 44 22

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/22

Nom et prénom du malade : EL MOULCI YASSINE Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : / /

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

139500

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
25-10-22	G		270,00	INP: [Signature]
1.11.22	C		G	[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.10.22	69.20
	25.10.22	25.20

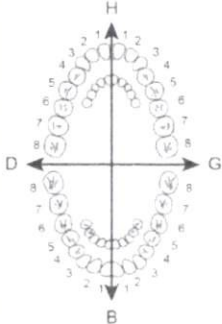
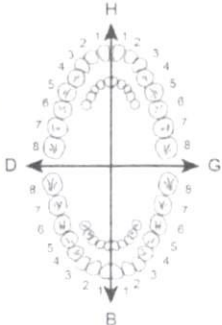
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, 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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



# Docteur Rochd Benmerzouk

## Pédiatre

Néonatalogie - Puériculture  
Pédiatrie générale - Asthme - Allergologie



الدكتور رشيد بن مرزوق

اختصاصي في طب الأطفال و الرضع  
و الحساسية

Tél.: 05 22 52 44 68

- DN: 28/10

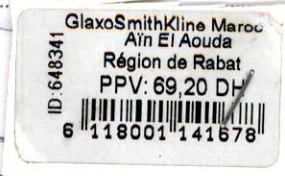
- Pds: 19

- Temp.: 38.5

Casablanca, le 28-10-22

692 Prénom: Jamme Nom: El Aoudia

1) Theomas spray Nasale



→ pulvériser 2x 2x  
2) pulvériser 2x 2x

3) Exomuc 200 pulv

→ pulv 2x 2x 2x 2x

4) Aspiral spray gorge

→ pulvériser 2x 2x 2x 2x

Dr. Rochd BENMERZOUK  
Pédiatre  
Bd. Al Qods, Lot Al Majd  
Imm. A, App. N° 4  
Hay Inara, Aïn Chock

شارع القدس، جزيرة المجد، عمارة A، الطابق الأول، الشقة 4، حي الإنارة، عين الشق - الدار البيضاء  
Bd. Al Qods, Lotissement Al Majd, Immeuble A, App. N° 4 - Hay Inara - Aïn chock - Casablanca

Docteur Rochd Benmerzouk  
Pédiatre

Néonatalogie - Puériculture  
Pédiatrie générale - Asthme - Allergologie



الدكتور رشدين مرزوق

اختصاصي في طب الأطفال و الرضع  
و الحساسية

Tél.: 05 22 52 44 68

- DN 22.2.16

- Pds: 18

- Temp.: .....

Casablanca, le 1.11.22

Prénom : Yamine Nom : El Oukh

Ⓢ L'orales sup

25.00 /

PHARMACIE AL KHALIL  
506, Bd. Al Khalil  
Hay Mly: Abdellah  
Ain chock - Inara  
Tél: 05 22 52 87 67  
Casablanca

DR. ROCHD BENMERZOUK  
Pédiatre  
Bd. Al Qods, Lot. Al Majd  
Imme. A 1er Etage, N° 4  
Inara, Ain Chock - Tél: 022.52.44.68

شارع القدس. جزئة المجد. عمارة A. الطابق الأول. الشقة 4. حي الإنارة. عين الشق - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lotissement Al Majd, Immeuble A, App. N° 4 - Hay Inara - Ain chock - Casablanca