

## 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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-723855

139681

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M869 Société : RAT  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZMER KERRINS  
Date de naissance : 12-10-91-1978  
Adresse : 12 CMA, App 4, étage 1, rue d'evian  
Belvédère Casablanca  
Tél. : 0626104869 Total des frais engagés : 563 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : M. KERRINS DORCE Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Pen. en cours de traitement  
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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-723855

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : M869  
Nom de l'adhérent(e) : ZMER KERRINS  
Total des frais engagés : 563  
Date de dépôt : 05/12/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3/1/12		Col	970	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [Signature] Rue de la République 552315123 / AA 365

[illegible][illegible]

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

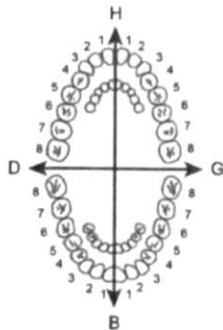
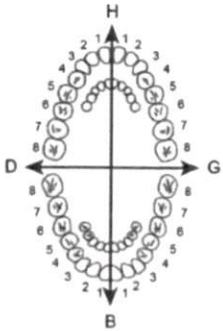
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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 L'EXECUTION

# CABINET MEDICAL PEDIATRIQUE

**Docteur Azzedine BENKIRANE**

Diplômé d'Etudes Spéciales de pédiatrie.

Spécialiste des Maladies des Enfants-Nourrissons

Asthme-Tests Cutanés

Ancien assistant des Hôpitaux de PARIS

الدكتور عز الدين بنكيران

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

حساسية التنفس والضيقة

أستاذ مساعد سابقا بمستشفيات باريس

23/11/12

MOKHTAR Douce

15,30

1) *dehpa* *Sogetup*

*1 fetele*

119,10

2) *Riscnet* *neal*

*1 per*

*x3 fdr*

48,70

3) *dehpa* *20mg*

*1 cpd 1/2 ven*

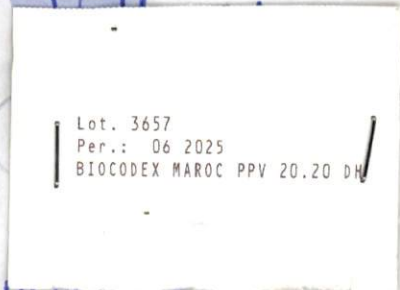
*1 fdr*

20,20

4) *dehpa*



*X3j*



Docteur Azzedine BENKIRANE  
Pédiatre  
36, Rue de Lille - Casablanca  
Tél: 05 22 30 12 3 / 44 38 64

Résidence koutoubia Angle, Bd. Emile Zola & Rue de Lille  
N°36 1er Étage Apt. N° 2 à Côté de La Banque Populaire  
Tél.: Cab.: 0522 31 51 23 / 44 38 64 - CASABLANCA  
E-mail : benkirane\_az@hotmail.com



إقامة الكتبية: زاوية إميل زولا - رتقة ليل  
رقم 36 الطابق الأول رقم 2 بجانب البنك الشعبي  
الهاتف العيادة: 0522 31 51 23 / 44 38 64 - الدار البيضاء



79,00

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L359

4) fides Buba Ngge  
1c cep

x3 flr  
x7

79,70

5) ATX cp

57

1 g/v

xy  
Docteur Azzedine BENKIRANE  
Pédicure  
36, Rue Lina - Casablanca  
Tel: 05 22 31 51 23 / 44 38 64

N° du Lot  
Date Per.  
P.P.V: 119,10 DH

T = 362,00



Lot: 210957  
A consommer de préférence avant le: 01/2025  
PPC: 79,00 DH

8 032578 474503