

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0012812

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6905 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 158905  
Nom & Prénom : Bengelloun Rachide  
Date de naissance : 29/10/1942  
Adresse : 256 Bd Zerkouni, 12e étage, App. 1 Casablanca  
Tél : 0661458616 Total des frais engagés : 1700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75 Boulevard Massira Al Khadra  
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Bengelloun Rachide Age: 81 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prothèse de hanche bilatérale  
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 : Casablanca Le : 26/04/2023  
Signature de l'adhérent(e) : R. Bengelloun

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

# 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

Dr. N. LAYIF IDRISSI  
TRAUMATO - ORTHOPÉDISE  
75. Boulevard Massira Al Khadra  
105 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
C.P.D.M. M. AL MAGHUB Av. Al Maghrib, 105 22 25 23 25 de la Médicine, Co, Occident - Rabat E.K.	11/03/2023 Ceraform synthetic	1700,00

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) 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

# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 11/03/2023

Benflouh Rachid.

C.P.D.M-MAROC Sarl Au  
Av. Al Maghrib Al Akhbar Rés. Perle  
de la Médina, C-06, Océan - Rabat  
E.K

Ceraform Synthétique  
Bone Substitut  
Ref : T 804 405

FACTURE : 2023-16174

NOM DU PATIENT: Mme BENJELLOUN RACHIDA  
LIEU D'INTERVENTION: CLINIQUE MAGHREB/CASABLANCA  
DATE D'INTERVENTION: 15/03/2023  
Chirurgien: DR IDRISSE  
ICE: 0017877741000036

Contact  
Lamia Moufid  
00 212 6 61 70 80 58  
20/03/2023

**FOURNISSEUR : TEKNIMED**

QUANTITE	DESCRIPTION DU PRODUIT	PRIX UNITAIRE HT	PRIX TOTAL HT
1	CERAFORM SYNTHETIC BONE SUBSTITUTS VOL 10cc Ref: T804405 Lot: 8021261 Peremption: 30/09/2026	1416.67	1416.67

TOTAL HT :	1 416.67 DH
TVA :	283.33 DH
TOTAL TTC :	1 700.00 DH

**C.P.D.M-MAROC** Sari  
Av. Al Maghreb Al Arabi, Rés. P.  
de la Medina, C8, Océan - R.  
E.

MODE DE REGLEMENT : en espèce à réception de la facture

Paiement par chèque au nom de la société C.P.D.M-MAROC  
ou paiement par virement au compte suivant :  
BANQUE POPULAIRE  
IBAN: 181 810 21211 4803260 000 6 49  
CODE SWIFT : BCPOMAMC