

## 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'Horizon  
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° W21-701191

169788

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

SABIR Mohamed

Date de naissance :

01/01/1943

Adresse :

38, rue Ahmed Brihi Casablanca

Tél. :

0663717067

Total des frais engagés :

1830,10 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**CHIRURGIEN**  
Bo. n° 61 VI 9 Rue du Rif - Casablanca  
GSM: 03 01 45 82 13 - Tél.: 05 22 20 05 15

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/01/2023

Nom et prénom du malade :

SABIR Mohamed

Age :

81 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Métabolique

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) :

*[Signature]*

**MUPRAS**  
22 JAN 2023

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
2012	Ce		200-D	INPE: 091244047 Dr. BENGELLOUN MOUJIB CHIRURGIEN Rue VI 9 Rue du Riv. Casablanca 05 22 23 23

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 29/07/2013	Montant de la Facture 1597,00

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

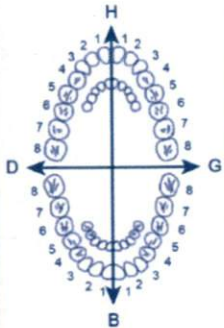
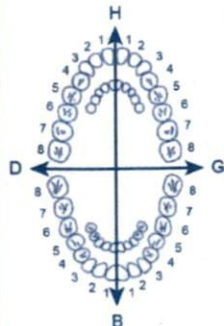
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr. Mounir BENGELLOUN

SPECIALISTE EN CHIRURGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier (France)

Médecin Assermenté Expert Près les Tribunaux

Chirurgie Viscérale et Digestive

Chirurgie Dermatologique et Esthétique

Chirurgie Gynécologique et du Cancer

Coeliouchirurgie - Échographie

Circoncision

# الدكتور منير بن جلون

طبيب اختصاصي في الجراحة

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

جراحة الجهاز الهضمي و البواسير

جراحة الجلد و التجميل

جراحة أمراض النساء و السرطان

جراحة الليزر - الفحص بالصدى

ختانة

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء في : .....

20/07/2013

GABRIEL ACHMED

140,00 x 2 = 280,00

11,80 x 4 = 47,20

109,20 x 2 = 218,40

98,90 x 5 = 494,50

78,70 x 2 = 157,40

117,40

159,70

159,70

159,70

159,70

159,70

159,70

Dr. BENGELLOUN Mounir  
CHIRURGIEN  
Bd. Méd. VI 9 Rue du Rif - Casablanca  
GSM: 06 61 45 62 13 - Tél: 05 22 28 05 95

Pharmacie LINA  
Mme  
Bajae SEDDIR  
Docteur  
en Pharmacie  
Tél/Fax  
06 22 34 4 27  
14 Rue Sidi Okba H

BENGELLOUN Mounir  
CHIRURGIEN  
Bd. Méd. VI 9 Rue du Rif - Casablanca  
GSM: 06 61 45 62 13 - Tél: 05 22 28 05 95



MM,80

PPV 109DH20

PER: 05-2024  
PPV: 140.00DH

PPV 109DH20

PER: 05-2024  
PPV: 140.00DH

78,70 ↑

MM,80

MM,80

P01/2026  
PV78DH70

78,70

MM,80

P.P.V.

98 90

P.P.V.

98 90

P.P.V.

98 90

P.P.V.

98 90

P.P.V. :

98 90