

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

M23-0022305

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2836 Société : RAM 197231  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENSABH EL IMRANY MOSTAFA  
Date de naissance : 27.11.1943  
Adresse : VILLA DOUMIA RUE CANAL DE SUEZ  
AIN DIAB - CASABLANCA  
Tél. : Total des frais engagés : 197230 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 08/02/2024  
Nom et prénom du malade : BENSABH EL IMRANY Mostafa  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Sècheresse oculaire  
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 : CASA Le : 1<sup>er</sup> / Mars / 2024  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
08/02/2024	Cs		300,00	Docteur Yasser BENSAÏD Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N° 12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 57 - Gsm: 0625 25 11 25

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RAIS Dr. Omd RAIS 52, Rue de la Mer Beldjard Ain Diab Casablanca - Tél: 0522 79 81 52 NPE: 072049210 - 0704422000098	08/02/24	132,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

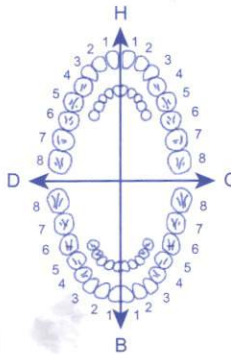
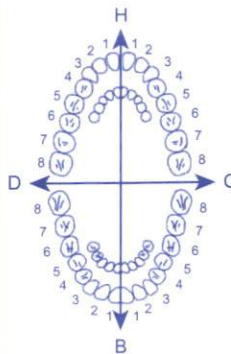
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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

**Dr. Yasser BENSALAH**



**الدكتور ياسر بن صالح**

**Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des Yeux**

**Ophtalmologiste**

**اختصاصي في أمراض  
وجراحة العيون**

**Ancien médecin des hôpitaux de Paris**

**طبيب سابق بمستشفيات باريس**

**Ancien médecin de l'hôpital militaire  
d'instruction Mohammed V de Rabat**

**طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط**

**Agréé pour le permis de conduire**

**معتد لرخصة السباقة**

**08 février 2024**

**Mr BENSABIH EL IMRANY  
Mostafa**

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca  
**P.P.C: 144.10**

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca  
**P.P.C: 144.10**

as ou souples

**1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR, dans les deux yeux, pendant 6 Mois**

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca  
**P.P.C: 144.10**

**VISMED collyre**

**PHARMACIE RAIS**  
**Dr. Omar RAIS**  
52, Rue de la Mer Battique Ain Diab  
Casablanca - Tél.: 05 22 79 81 52  
NPE: 022049919 - ICE: 0004429200000%

**22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء**

**22, Bd. Yacoub El ansour - 1<sup>er</sup> Etage - Bureau N°12 - Casablanca  
Tél.: 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr**