

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-653916

197209

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4656 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENKIRANE FAUZIA

Date de naissance : 08/11/1950

Adresse : 301, El Zenktouni - CASABLANCA

Tél. : 0661421887 Total des frais engagés : 1386,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : BENKIRANE FAUZIA Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : HTA

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.

Le : 12/02/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

INP: 9M2969

Docteur Armand  
Gardes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/24	986,5

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

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

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	

**Cachet et signature  
du Particien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

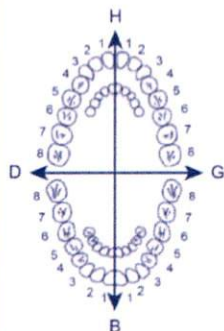
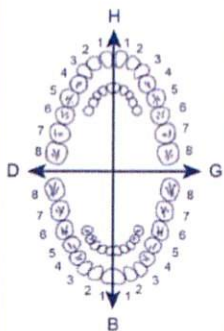
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            0000000            0000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            0000000            0000000            11433553         </div> </div> <b>B</b>			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

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.**

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is symmetrical about a vertical centerline. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the centerline. The spans between the piers are numbered 1 through 7 on both sides. The bridge is supported by a central pier (1) and two side piers (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two side piers labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is supported by a series of numbered piers (1 through 8) arranged in a semi-circle on each side of the central pier. The piers are numbered 1 to 8 from the center outwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France



### Cabinet de Consultations

et d'Explorations Cardio-Vasculaires

صيدلية ابن حيان  
PHARMACIE IBN HAYANE  
ZOGARI LACHRARI ABDESLAM  
Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 26 40 21  
ICE : 001547302000067

12102 / 20

The BENVIGRANT Pairis

114, 10x3

307 23 Krawiec 75  
 16095 Coarpro 30/25 1/1  
 23 Zepan 60g 1/1

3470x21  
986,50

PPV: 34DH70  
PER: 11/26  
LOT: M3854

PPV:34DH70  
PER:11/26  
LOT:M3854

الدكتور احمد السطي

اختصاصي في امراض القلب والشرابين

مخرج كلية الطب ببلد  
فرنسا

160,90

150,90

Nov 9 1970

Maphar  
Bd Aximla N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Créator 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6. Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

Stephar

Maphar  
Ed Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

6 116001 1831

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

110000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG

SACHETS 830

P.P.V : 30DH70  
E010  
2025

118000 061847

Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1er étage - Casablanca - Maroc (Rue de la Foire Internationale)

Tel : 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 06 61 14 32 01 - E-mail : [cardiosetti@yahoo.fr](mailto:cardiosetti@yahoo.fr)