

## 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

- 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 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

N° W21-761640

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3202 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SADIK Abdellah  
 Date de naissance : 20/06/1965  
 Adresse : 26 Bd. D'Alger - Res. Marabout  
 Tél. : 06 61 41 72 89 Total des frais engagés : 528,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور بنيس محمد  
خبير لدى المحاكم  
الطب العام  
713 شارع 2 مارس الحار البيضاء  
الهاتف : 05 22 21 307 - 05 22 723

Date de consultation : 12 JAN 2024  
 Nom et prénom du malade : SADIK ABDELLAH  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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  
 Signature de l'adhérent(e) :  
 Le : 08/03/2024

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
12 JAN 2024			150 RD	INP : 091036497
15 JAN 2024			9	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE ANDALOUS 394 Angle Av 2 Mars et Bd. Panoramique Casablanca Rachid SLAOUI	12-01-24
PHARMACIE ANDALOUS 394 Angle Av 2 Mars et Bd. Panoramique Casablanca Rachid SLAOUI	15-01-24

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
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 [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DATE DU DEVIS [ ]														
			DATE DE L'EXECUTION [ ]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur M'hamed BENNIS**

**MEDECINE GENERALE**

**Echographie**

**Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire**

**Sur Rendez - vous**



**الدكتور امحمد بنيس**

**الطب العام**

**الفحص بالصدى**

**خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابقا**

**الزيارة بالموعد**

Casablanca, le **12/01/2024** الدار البيضاء في

**Monsieur SADIK ABDELLAH**

**1/ ZITHROMAX 500mg 3 Cps**

1 cp après le repas à midi pdt 3 jours

**2/ TOUDEX SIROP A**

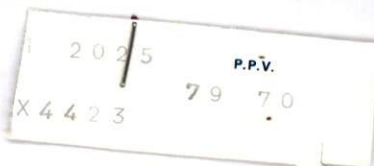
1 c à s matin, midi et soir

**3/ NAUREUS 5MG CP BTE DE 30**

1 cp après le repas le matin

**4/ RINOMEX SACHET A SANS SUCRE**

1 sachet après le repas matin et soir



**PHARMACIE ANDALOUS**  
**Rachid SLAOUI**  
394 Angle Av 2 Mars et  
Bd. Panoramique Casablanca  
Tél: 05 22 21 17 85



# Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور امحمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 15/01/2024

Monsieur SADIK ABDELLAH

1/ MACROMAX 500 CP

1 cp par jour pdt 3 jours

2/ KOPRED 20 MG CP

3 cp après le repas le matin

3/ COQUELUSEDAL PARACETAMOL Ad Suppo

1 suppo matin et soir pdt 8 jours

LOT : 1318

PER : 01 - 25

P.P.V : 63 DH 00

LOT: 6749  
PER: 08-26  
PPV: 36DH40

الدكتور بنيس محمد  
خبير محلف لدى المحاكم  
الطبيب العام  
713 شارع 2 مارس القنيطرة  
الهاتف: 05 22 211 301 - 05 22 215 723

PHARMACIE ANDALOUS  
Rachid SLAOUI  
394 Angle Av 2 Mars et  
Bd. panoptique Casablanca  
Tél : 05 22 21 17 85

isodns  
12  
ADUL  
LOT 223189  
EXP 09 2025  
PPV 24 40 DH

713, شارع 2 مارس - بين المدن - الدار البيضاء - هاتف عيادة, 05 22 21 57 23 / 05 22 21 13 07

713, Avenue 2 Mars - Bine Lamdoune - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23