

# 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'El-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**

**M23-013743**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13735 Société : RAO  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Zany Amin  
 Date de naissance : 14/11/75  
 Adresse :  
 Tél. : 0606627272 Total des frais engagés : Dhs 201396

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14/2/2024  
 Nom et prénom du malade : Zany Amin Age : 46 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Rhumatologie  
 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 : 14/02/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
14/2/24	G3		4000H	Dr. BENEHAYE E. RHEUMATOLOGUE Bd Abdelmouttaleb, Bld Anoual Bordj, Algérie 36000 Tél : 0522 86 21 93 / 0667 05 92 10

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14.02.24 483,60

# 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

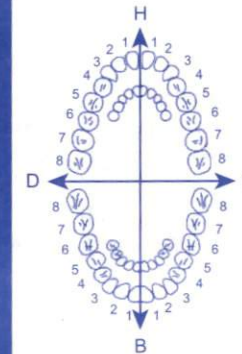
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Professeur **BENYAHYA Elouarda**

**Rhumatologue**

Enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



**الدكتورة بنيحيى الوردية**

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة  
الدار البيضاء

إختصاصية في أمراض المفاصل  
والعظام والعمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

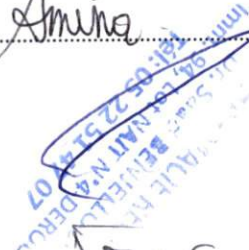
Casablanca, le : **14 FEV 2024** : **الدار البيضاء في :**

Nom, Prénom :

**Zanary Amina**

**ن.م.م**

**Talcohl**



**en jour sur 2**

**A23,6 x 2**

**Inexium 40**



**x 20j**

**x 20j**

**= 7**

**28,8 x 2**

**Whanerie 60**



**1cp**

**26/5 x 20j**

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

**28,80**

**28,80**

Ce... **gle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4ème étage, n°405, Casablanca**

Tél : 05 22 86 51 75 - Fax : 05 22 86 51 75 - Urgences : 06 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr



<sup>90.00</sup>  
\* Artiflex Rollon

1 app 2x17



<sup>39.80 x 1</sup>  
\* Laroxyl Solution



05 gouttes / jour x 05 j

in 04 gouttes / jour x 05 j

in 03 gouttes / jour x 05 j

in 02 gouttes / j x 05 j

01 goutte / j x 05 j

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
Tel: 0522 86 21 93 / 0662 08 92 10  
T= 483.66

Professeur BENYAHYA E.  
RHUMATOLOGUE  
Angle Bd Abdelmoumen / Bd Aroual  
405. 4<sup>e</sup> Etage CASABLANCA  
Tel: 0522 86 21 93 / 0662 08 92 10