

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0020508

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279- Société :   
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :   
 Nom & Prénom : BENDANNA Med   
 Date de naissance : 1949   
 Adresse : 1 Rue Ait Achbach MYSALAM, CABA-   
 Tél. : 0662 555544 Total des frais engagés : 500 + 35 Dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Imen BEN MAHMOUD  
Psychiatrie - Psychothérapie - Sexologue  
Espace Médical - 12ème Etage - 12, Avenue EL Mansour  
(au dessus du 12ème Etage) - Marrakech  
Tél : 05 24 29 00 19

Date de consultation : 04 / 03 / 2024   
 Nom et prénom du malade : Bendanna Mohammed Age : 75   
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant   
 Nature de la maladie : F.32   
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :   
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 AVR. 2024

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 : Marrakech Le : 07 / 03 / 2024   
 Signature de l'adhérent : 4 / 4 - 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
07/03/24	CN	PS	500 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BENSALAH</b> 10, Place Ben Saleh Marrakech Tél : 05 24 37 8982	07/3/24	35,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

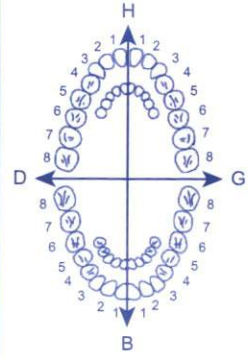
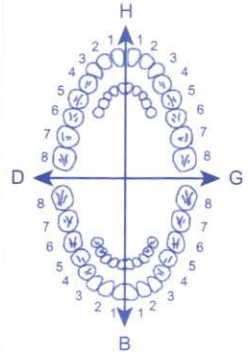
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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 CCEFFICIENT 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 Imen Ben Mahmoud**

Psychiatre-Sexologue

Psychothérapeute

Thérapie de couple - Sexologie

Thérapie cognitive et comportementale

Addictologie - gériopsychiatrie



**الدكتورة إيمان بن محمود**

مختصة في الأمراض النفسية

الإضطرابات الجنسية - العلاج النفسي

علاج الإضطرابات الجنسية والعلاقات الزوجية

العلاج المعرفي والسلوكي - علاج الادمان

الطب النفسي للشيوخ

Marrakech le : 07/10/2024

M. Mohammed Boudane

PHARMACIE BENSALEH KECH  
15, Av. Yacoub El Mansour  
Marrakech  
Tél : 05 24 37 89 82



0 - 0 - 8 à 10 g/jour  
N39AA062880

x 03 semaines

**Docteur Imen BEN MAHMOUD**  
Psychiatre - Psychothérapeute - sexologue  
Espace Al Abrar, 3ème étage, N°15, Av Yacoub El Mansour  
(au dessus de Carrefour Market Majorelle) - Marrakech  
Tél : 05 24 29 00 19

فضاء الأبرار ، الطابق الثالث، رقم 15، شارع يعقوب المنصور فوق كارفور ماركت ماجورال) ، مراكش

Espace Al Abrar, 3 eme étage, N°15, Av Yacoub El Mansour ( Au dessus de Carrefour Market Majorelle ) , Marrakech

☎ 0524290019

✉ imeneben83@gmail.com

LYSAXIA GOUTTES 15MG/ML

P.P.V. 35DH10

6 118000 250296

15 mg/ml

Flacon de 20 ml



6 118000 250296

Laboratoires  
Pfizer S.A.