

## 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
- 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° W19-432794

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12721 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENOMAR Mehdi  
 Date de naissance : 14.10.1989  
 Adresse : 4 rue Washington Des Dars Appl 1 Gsm  
 Tél. : 0661150762 Total des frais engagés : 349,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. EL HATTAB EL IBRAHIMI YOUSSEF  
 Spécialiste en O.R.L.  
 et Chirurgie Cervico-Faciale  
 18 JUIL 2019  
 Date de consultation : 11 JUIL 2019 /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 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 : Le : 11/07/19  
 Signature de l'adhérent(e) :



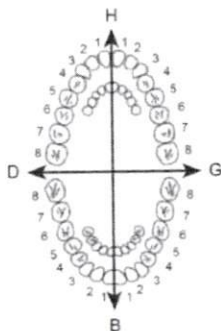
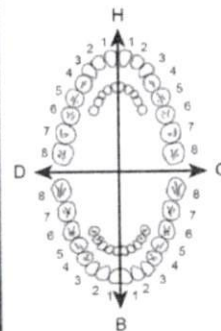
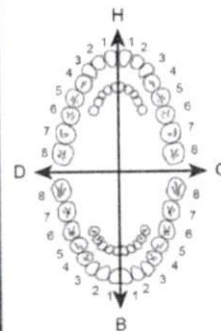
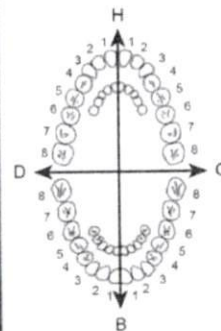
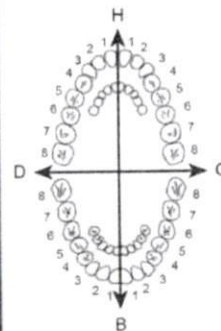
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11 JUL 2019	C <sub>2</sub>	2	20,000	INF : 041191750 Dr. EL HATTAB EL IBRAHIMI YOUSSEF Spécialiste en O.R.L. et Chirurgie Cervico-Faciale 105, rue de la République 10528

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.07.19	849,53

[illegible][illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>															
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
							FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																			
	25533412			21433552																
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur

EL HATTAB EL IBRAHIMI YOUSSEF

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale



الدكتور

الحطاب الإبراهيمي يوسف

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف، الأذن و الحنجرة  
جراحة الوجه، العنق والغدة الدرقية

أكادير، في : 11/07/2019 ، le :

Mr BENOMAR MEHDI

30ans

116,00

1/ Zamox 1g

33,00

1sachet x 2/j 8j

2/ spectrum Gtt

2Gtt x 3/j 10j

149,00



PPV: 116DH00  
PER: 03-22  
LOT: 1754



LOT: A080665-1  
PER: 10-2021  
PPV: 33,00DH

Pharmacie DU PALAIS  
Imm. Rachad Angle Av. Méd V  
et Av. Moukaouama (à Côté 2M)  
AGADIR - Tél: 05 28 82 81 78

الدكتور الحطاب الإبراهيمي يوسف  
Dr. EL HATTAB EL IBRAHIMI YOUSSEF  
Spécialiste en O.R.L.  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
1er étage N°9 Imm. Fleurida 1-21  
Bd. Hassan II Agadir - 05 28 82 62 62

Prochaine visite le

RDV : ..... : الموعد



📍 الطابق الأول رقم 9 عمارة فلوريدا 1-21 شارع الحسن الثاني أكادير ☎ 06.61.16.16.62 / 05.28.82.82.62  
📍 1<sup>er</sup> étage N°9 Imm. Fleurida 1-21 Bd. Hassan II Agadir 📧 yelhattab@gmail.com