

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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](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)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0031784

FND: 12259

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 934 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNAMA Abdelhak

Date de naissance : 07-06-1942

Adresse : BD Abderrahmane Bouabid AL Kaha

Tél. 0613 21 82 32 05 22 19 80 1 02 50 Cas

Total des frais engagés : 268,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 12 DEC. 2019

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 : 14/12/2019 Le : / /

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
12/12/14			G	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie les Pyramides</b> Dr. Elmoustapha GHANDAF 6, Bis. Bd. Abderrahim Bouabid Casablanca Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca 0970 09451 - ICE: 0020720680000935	26/12/19	268,00

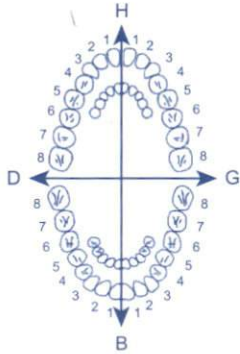
[illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX            MONTANTS DES SOINS            DEBUT D'EXECUTION            FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>            <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>            <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>            <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">21433552 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 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX            MONTANTS DES SOINS            DATE DU DEVIS            DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>            <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>            <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



# Docteur Aziz CHAFIQ

## NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

# الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

Sur Rendez-Vous

بالموعد

LOT: KE90040  
PER: AVR 2021  
PPV: 154 DH 30

10/12/19 في الدار البيضاء،

35,70

Pyramides

GHANDAF

Abd. Bouabid

Casablanca

INPE: 002072066000035

154,30

11

Suley



10/12/19

35,70

21

Alpiz



Pharmacie des Pyramides  
Dr. Elmhachmi GHANDAF  
6, bis Bd. Abd. Elahim Bouabid  
Tél: 0522 99 26 92 - Casablanca  
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

78,00

31

Nasviken



Memorie

268,00

2 woc

le mot.

Dr. Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgien

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - CASABLANCA  
Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77