

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-833903

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9889

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR

Date de naissance : 29/07/73

Adresse : RES FATINE APT 9 RUE AHMED

CHARRI CASA

Tél. : 0661162001

Total des frais engagés : 410,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ANSAR Abdelkerim

Médecine Générale

lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza  
Tél 0522 290 862 - INPE: 121011530

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2024

Nom et prénom du malade : ASSABANG MERRAM

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☒ Enfant

Nature de la maladie : Rosacée

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 : CASA

Le : 24/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-833903

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 9889


Nom de l'adhérent(e) : BENAMAR

Total des frais engagés : 410,70

Date de dépôt :



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
28.3.24	c	1	200,00	

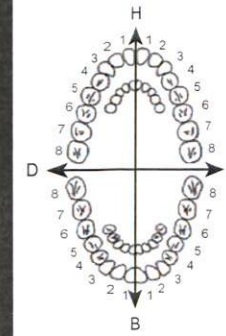
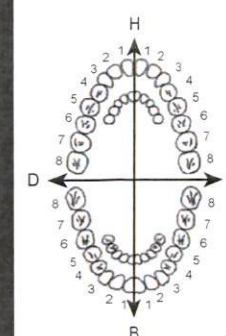
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/2024	210,70

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	

VOILET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> 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	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION										
					<div> </div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>					H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

*Docteur Ansar Abdelkerim*

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

**MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux  
R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza  
Tél. / Fax : 0522 29 08 62

*الدكتور أنصار عبد الكريم*

الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ سابقا  
**الطب العام**

خبير محلف لدى المحاكم  
رقم 28، الساحل II دار بوعزة  
الهاتف والفاكس: 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 28 - 3 - 2014 : دار بوعزة في:

*ASSABANE Menyem*

6x 20.60

⊙ Istacyne 100

87.10 1 gr le noir x

⊙ Roseport 0.75 Creuse

1 aff 5

⊙ 1p

⊙ 3 mois

210.70

**Dr. ANSAR Abdelkerim**  
Médecine Générale  
lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza  
Tél 0522 290 862 - INPE: 121011530

*PHARMACIE  
DES DENTISTES  
DR. ALAMI ZINEB  
Lot 28 Littoral 2  
Dar Bouazza*

**ROZEX 0,75 %**  
 Gel pour application cutanée tube de 30 g  
 AMM N°90 DMP/21/NRO  
 PPV: 87,10 DH  
 Distribué par SOTHEMA  
 B.P N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

  
 6 118001 070510



PPV: 20,60  
 LOT:  
 PER:

PER:  
 LOT:  
 PPV: 20,60

PPV: 22,00  
 LOT:  
 PER:

PER:  
 LOT:  
 PPV: 20,60

PPV: 20,60  
 LOT:  
 PER:

PER:  
 LOT:  
 PPV: 22,00

Lot:  
 Exp:

3079205  
 01/2026