

#### 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.

#### Éducation :

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.

#### Prothésaire :

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

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.

#### Maladie

#### Dentaire

#### Optique

#### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 04892 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENNANI DOUBI - A. JAMAL

Date de naissance : 11-04-1957

Adresse : lot JAHOURI AL N° 18 TARGA  
TARNAKCH

Tél. 06 61 58 25 10 Total des frais engagés : 2898,80 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 JUIL 2020

Nom et prénom du malade : BENNANI DOUBI JAMAL Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DMIS

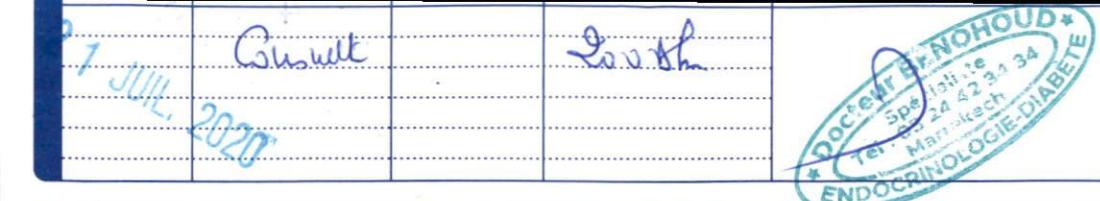
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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 : Tanger Le : 21 AOÛT 2020

Signature de l'adhérent(e) :



### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOUS Ilham DIRAS Pharmacienne Massira 1-A N° 85 Marrakech Tél/Fax : 05 24 49 02 30	24/07/2020	2698.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000	G 21433552 00000000 35533411	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur

BENHOUD Chafiq

Spécialiste

\*Endocrinologie - Diabète

\*Maladies Métaboliques

\*Nutrition - Obésité - Goitre

\*Membre de l'Alfediam PARIS

\*Diplômé en Echographie Gle

Adresse: Espace ASSAFWA  
Angle Boulevards ALLAL  
EL FASSI et YAACOUB  
AL MANSOUR - 1<sup>er</sup> étage  
Appt n°8 - Marrakech

Téléphone: 05 24 42 34 34

\*Durée du TRT: 3 mois

\*A revoir Le: .....

Marrakech Le: 21 JUIL. 2020

M: BENHOUUD Chafiq  
SV  
Gepmid 4 →  
1 gr 1 (300)  
SV  
GALVUS met 5-1100  
1 gr 2 (300)  
SV  
Civensyl 5 →  
1 gr (300)  
SV  
Kyzell 5 →  
1 gr (100)  
SV  
Ektomuc 5 →  
1 sachet 2 gr  
SV  
ACLAR 1 gr  
1 sachet 5 gr (250)  
SV  
Cordis 4 → 100  
1 gr (300)  
SV  
DIAZAPAN 5 →  
1 gr 2 (300)  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
\* Docteur BENHOUUD Chafiq  
PHARMACIE AL ANDALOUS  
Massira 1000 Marrakech  
Tél: 05 24 49 02 30

92,60  
82,10



Inexium

2 → 8

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubeir Ibou  
El Aouam 20500 Casablanca  
**P.P.V: 92.60**

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bniou al aquam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**  
20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH  
8 N 118001 020591

116,80  
x2



Lipanthyl 160 →

9 Cr.

( 260 Dr

2698.80







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

**valable 3 mois**

21 JUIL. 2020  
Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

*Dr BENABDELLAH*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Rehima Benabdelah*

Présente

*Mme DHOUDI*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*longue durée*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

