

## 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° W19-411756

46767

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10747 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TAYAA ICHAM  
 Date de naissance : 22-04-1975  
 Adresse : 72, RUE ABOU ISHAK CHIRAZI 4ème étage  
 APPT 3B, MAARIF CASA  
 Tél. : 06-06-63-25-32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ibtissam BENJIDYA  
 DERMATOLOGUE - VENERELOGUE  
 Dermatologie Esthétique, Cosmétologie  
 et Lasers  
 67 Angle Rue Al Foutate Résidence Bernabé  
 3ème Etage N° 5 Casablanca  
 09 22 23 25 20  
 Date de consultation : 23/10/2020  
 Nom et prénom du malade : TAYAA ICHAM Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatologique  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/10/2020      | C2                | C2                    | 300,000                         | INF :<br>Dr. IBTISSAM BENJADIA<br>DERMATOLOGUE - VENERÉOLOGUE<br>Dermatologie Esthétique, Cosmétologie<br>et Lasers<br>67, Angle Rue Al Fourat - Résidence Bernabé<br>3ème Etage N° 5 Casablanca<br>Tél : 05 22 23 25 29 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DES STADES 2010<br>50, Rue Al Fourat - Casablanca<br>Tél : 05 22 25 49 25<br>RC : 245509 - Pte : 35873087<br>IF : 4030642 | 23/10/2020 | 1640,31               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

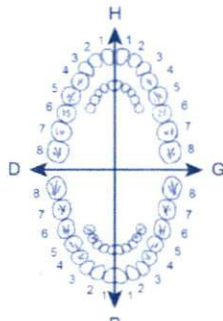
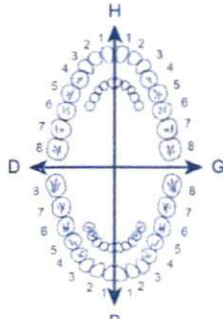
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |  |                  |  | 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 COEFFICIENT 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)<br>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



Casablanca, le :

23/10/2020

Yne TAYAA Itham

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tel : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Plo : 35873067  
IF : 40/36642

Importateur Exclusif  
BIOCDEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C.: 145,00 DH

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament  
N° DA2018050245DMP/20UCA/ MA v4

Importateur Exclusif  
BIOCDEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C.: 145,00 DH  
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament  
N° DA2018050245DMP/20UCA/ MA v4

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tel : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Plo : 35873067  
IF : 40/36642

Importateur Exclusif  
BIOCDEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C.: 145,00 DH

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament  
N° DA2018050245DMP/20UCA/ MA v4

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tel : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Plo : 35873067  
IF : 40/36642

1/ Nedivine 600 up  
2 cplj le matin à jeun  
pendant 3 mois  
360,00  
2/ 14,00  
Zenophares fel  
11j au milieu repas  
pendant 3 mois  
3/ 58,00  
C25 cream  
Densocutic  
Tous les matins visage, contour  
yeux et cou



2/ 480,00

Turn over  Dermaceutic

1-2x/2 sur tout le  
visage pendant 1 mois

170,31

51 Fainel adreum repartition

1 fl le soir ongle et le  
poutour pendant 3 mois.

2000,31 DH

(2000,31 DH

Dr. Iblissan BENADYA  
DERMATOLOGUE - VENERELOGUE  
Dermatologie Esthétique, Cosmétologie  
et Lasers  
67 Angle Rue Al Fatah Résidence benayen  
3ème Etage N° 5 Casablanca  
Tel 05 22 25 17 20

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Mohammed VI, Casablanca  
Tél: 35873067 - Fax: 35873067  
IF: 40336012