

## 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.

### 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 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

48018

## Déclaration de Maladie : N° S19-0005337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9135 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKASIMIR BRAHIM Date de naissance : 21.07.69

Adresse : BD OUED MELOUIA N° 234 HAY EL OULA

Tél : 0661734500 Total des frais engagés : 696,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/2020

Nom et prénom du malade : BENKASIMIR BRAHIM Age : 51

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 : ...../...../.....

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
01/10/20	2	10	2000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANASSAR Zekri Abdelati Dentiste en Pharmacie 228 Bd Oued Molouya-El Oulfa Casablanca-Tél: 0522 90 51 13 ICE: 001573273000063	01/10/20	496,80

## 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	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

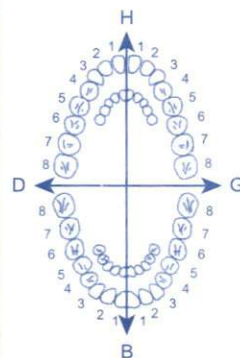
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

### 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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

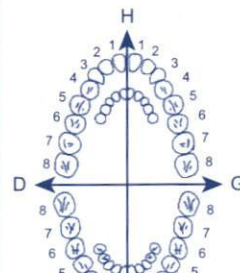
**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



☒ **valable 3 mois**

01/10/2020  
Le ...../...../20.....

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/></b>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	M. Khelef MOHOU
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BENKADMIER BRAHIA
Présente	DIABETE
Nécessitant un traitement d'une durée de :	traitement au long cours
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

01.10.2020

Docteur **KHLAFA MOHAMED**  
Médecin Spécialiste  
En Diabétologie - En Endocrinologie  
En Médecine Interne  
Diplômé de l'Université Paris Descartes Paris  
13 rue Baahad - Téléphone tél : 0223 32 04 44

**Docteur KHLAFA Mohamed**

Diplôme d'Endocrinologie  
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles  
Diplômé de l'Université  
René Descartes  
Paris

**الدكتور خلافة محمد**

إختصاصي في أمراض الغدد  
أمراض السكري  
أمراض التغذية  
خريج جامعة روني ديكار  
باريس

Mohammedia, le .....

01-10-2020  
المحمدية، في

Ben Koolmir  
Brahim -

68,80

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain elhaz Casablanca  
Amaral 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

428,00

- Amarel 40 (S.V)

- Yanumet 50/850

6 118001 160488

JANUMET\* 50/850 mg  
AMM 58DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés.

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 428,00 DH

PHARMACIE DE LA V  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd Oued Molouya-El Oulfa  
Casablanca-Tél-0522 90 51 13  
ICE 001573273000063

Ttra - G  
mi

03/15  
Docteur KHLAFA MOHAMED  
Médecin Spécialiste  
En Diabétologie - Endocrinologie  
En Maladies Nutritionnelles  
Diplômé de l'Université René Descartes Paris  
13 rue Baghdad - Tél : 05 23 32 04 44

13, زنة بغداد الطابق الأول - الهاتف : 05 23 32 04 44 - المحمدية

13, Rue Baghdad 1<sup>er</sup> étage - Tél. : 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email : doc.khlafamohamed@gmail.com