

## 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](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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-594646

52135

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9405

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENZNAD OTHMANE

Date de naissance :

28-02-2015

Adresse :

Tél. 0661236383

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. ALI HOMRI**  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Imm. GUERMANE Av. 29 Février  
Tél. 05 22 82 19 82 - AGADIR

Date de consultation :

09/12/2020

Nom et prénom du malade :

BENZNAD SARA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

DERMOSE

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

18/12/2020

MUPRAS  
18 DEC. 2020

ACCUEIL

MUPRAS  
18 DEC. 2020

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
09 DEC 2020	2		2000h	INP : 04 20 75698

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SEFRINI Dr. Mohamed SEFRINI N° 9, Bloc F Hay, Zaitoun Tikioutine - AGADIR Tél: 05 28 29 09 39	09/12/2020	180,00

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 : 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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT 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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	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														



100 g

HOMRI

Chevelu, de l'Ongle  
ent Transmissibles  
tologique  
ogique  
ervice Dermatologie  
AN II

الدكتور حمري علي  
إختصاصي في أمراض الجلد والشعر و الأظافر  
و الأمراض التناسلية  
الجراحة الجلدية  
العلاج بالليزر  
رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى  
الحسن الثاني أكادير

LOT:

MNF:

EXP:

09 DEC 2020



SW 2MM 8Aren

180,00

CETAPHIL



Lyth

7h

T= 180,00

Dr. ALI HOMRI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Imm. GUERMANE Av. 29 Février  
Tél: 05 28 82 19 82 - AGADIR

Pharmacie SEFRIHI  
Dr. Meriem SEFRIHI  
N°9, Bloc F Hay, Zaitoun Titoune - AGADIR  
Tél: 05 28 29 09 39

Rendez-vous, le : .....

عمارة گرمان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تليجيت - أكادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المحمول : 06.72.04.73.73  
Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73

# Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle  
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie  
Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

إختصاصي في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر

و الأمراض التناسلية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أكادير

09112/2020

BENZMAD SARA

une ce jour à la consultation

de dermatologue

S = 200 DH

Dr. ALI HOMRI  
DERMATOLOGUE  
VENEROLOGUE  
Imm. GUEFFAVERE Av. 29 Février  
Tél. 05.28.82.19.82 - AGADIR

Rendez-vous, le : .....

عمارة گرمان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تليجرت - أكادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المسمول : 06.72.04.73.73  
Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73