

## 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

- Reclamation : 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° W21-775085

244259

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12617 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIKLASS NISRINE

Date de naissance : 11/03/1988

Adresse : Résid Com Hou GH B 7mm 19 apt 82 RDC

Nassime Comblanco

Tél. : 063081084 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENJELLOUN Najil  
SPECIALISTE ORL  
35, Boulevard Yacoub El Mansour  
Appt. No 5 - 2ème Etage  
Résidence Al Anfal  
CASABLANCA

Date de consultation : 07/12/2019

Nom et prénom du malade : MIKLASS NISRINE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhéumate Arthropathie

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 : Comblanco Le : 09/01/2013

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
07 DEC. 2022			300 DHS	INP : 091083176

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
07.12.22	217.60

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 canaux, 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		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



**Docteur Najib BENJELLOUN**

**SPECIALISTE O.R.L.**

**OTORHINO - LARYNGOLOGIE**

Maladie et Chirurgie Oreille, Nez Gorge

Chirurgie de la Face du Cou

Exploration et Chirurgie de la Surdité et des Vertiges

Ex. Médecin    L'Hôpital 20 Août, Casablanca

Ex. Chef de Service O.R.L.    L'Hôpital Hassan II, Settat

07 DEC. 2022

**الدكتور نجيب بن جلون**

اختصاصي في امراض وجراحة

الاذن - الانف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

تشخيص وجراحة الصم والدوخة

طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

رئيس قسم امراض وجراحة الاذن - الانف والحنجرة

بمستشفى الحسن الثاني بسطات سابقا

Casablanca, le : ..... في الدار البيضاء

Melle MIKLASS. NISRINE

115.00  
① AVAMYS



2 bouffes 6 ml - 130

102.60  
② Aerius 5mg



1/ 30

③ Fito/polis 5mg

1 cas 3x, 05

217.60

PHARMACIE DE LA SQUATTE  
Najib El Mansour BENJELLOUN  
130, Bd. MY. Ciss 1.  
Tél : 05 22 95 12 89 - Casablanca

DR. BENJELLOUN Naji  
SPECIALISTE O.R.L.  
Appr. No 5 - 2  me Etage  
Boulevard Yacoub EL Mansour  
Résidence Al Anfal - CASABLANCA  
95.12.89 / 90



**AERIUS®**  
**5 mg**

comprimés pelliculés

**desloratadine**  
voie orale

**30** comprimés  
pelliculés

 **MSD**

أيريوس  
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

**30** أقراص

LOT: 102  
PER: MAI 2024  
PPV: 102 DH 60

ID: 650001  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
6 118001 142262

Liste I - Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Médicament autorisé n° 3400938322446

France  
Laboratoire GlaxoSmithKline

**Avamys**

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone