

## 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 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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-633942

65507

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9403 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENLEMLIH YASSINE  
 Date de naissance : 17/01/1973  
 Adresse : LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOURA  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0663 608 602 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nawal DRISSI KHAMLI  
Pédopsychiatre  
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3  
Gauthier - Casablanca  
INPE: 091189589  
Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26

Date de consultation : 23/06/2021  
 Nom et prénom du malade : BENLEMLIH Lilya Age : 15 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Anxiété  
 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 : CASABLANCA Le : 23/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
26/05/21	C		400 DM	INP : 6, Rue Sidi Brahim R. Gauthier - Casablanca Tél: 05 22 22 22 22 Dr. Nawal DRISSI KHAN Pédiopsychiatre 6, Rue Sidi Brahim R. Gauthier - Casablanca INP: 05 22 22 22 22
02/06/21	C		400 DM	
09/06/21	C		400 DM	
16/06/21	C		400 DM	
23/06/21	C		400 DM	

[illegible][illegible]

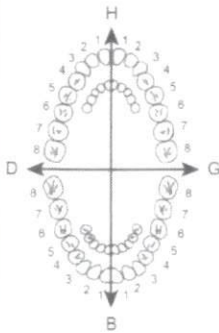
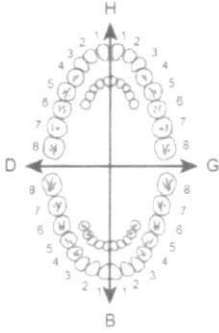
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 : <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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



## Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Nawal IDRISSI KHAMLI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute  
Bébés - Enfants - Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
- Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة نوال إدريسي خمليشي

طبيبة و معالجة نفسانية للأطفال  
رضع - أطفال - مرافقين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

### Ordonnance

Le : 23/06/2021

BENLEMLIA Wlye

05 séances de psychomotricité : :

26/05/2021  
02/06/2021  
09/06/2021  
16/06/2021  
23/06/2021

Honoraires perçus :

$400 \times 5 = 2000 \text{ DH}$

(Deux mille Dirhams)

Dr. Nawal IDRISSI KHAMLI  
Pédopsychiatre  
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3  
Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 204 67 06 69 04 26







## Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Nawal IDRISSI KHAMLI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute  
Bébés - Enfants - Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
- Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة نوال إدريسي خمليشي

طبيبة ومعالجة نفسانية للأطفال  
رضع - أطفال - مراهقين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

### Ordonnance

Le : 26 MAI 2021

BENLEMIA Nitya

10 séances de psychothérapie,  
à raison de 4000 DA / séance sur  
un total de 40000 DA.  
À renouveler en cas de besoin

**Dr. Nawal IDRISSI KHAMLI**  
**Pédopsychiatre**  
6, Rue Sidi Brahim - RDC N° 3  
Gauthier - Casablanca  
INPE: 091489589  
Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26





## Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Nawal IDRISSI KHAMLI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute  
Bébés - Enfants - Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
- Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة نوال إدريسي خمليشي

طبيبة و معالجة نفسانية للأطفال  
رضع - أطفال - مراهقين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

### Ordonnance

Le : 26 MAI 2021

Arrêté Médical

Dr. Nawal IDRISSI KHAMLI  
Pédopsychiatre  
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3  
Gauthier - Casablanca  
INPE: 091189589  
Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26

Je soussigné Benlemlih Lilysa née le

10/03/07 présente une forte anxiété

avec des troubles du sommeil et

nécessitant une prise en charge

pédopsychiatrique. Elle est suivie


et déconseille qu'elle soit suivie par un autre

Dr. Nawal IDRISSI KHAMLI  
Pédopsychiatre  
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3  
Gauthier - Casablanca  
INPE: 091189589  
Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ...../...../20.....  
28 MAY 2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 9403	e-mail : ybenlemlh@royalairmaroc.ma, Phones : 0663.608.602
Nom et Prénom de l'adhérent : BENLEMLH YASSINE	
Nom et Prénom du bénéficiaire : BENLEMLH LILYA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3 Gauthier - Casablanca INPE: 091189589 Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.	Benlemlh Lilya
Nécessite	AD d'Anxiété + Troubles du sommeil
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): Forte anxiété + troubles du sommeil	
Cachet, date et signature du praticien	 <b>Dr. Nawal IDRISSI KHAMLI</b> Pédopsychiatre 6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3 Gauthier - Casablanca INPE: 091189589 Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.