

## 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 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° W21-650714

107161

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 1295 Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : Benkroune Hassan

Date de naissance : 01/07/1981

Adresse : 187 bd Abdelmoumen, Casablanca

Tél. : 06619419 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed  
Professeur de Pédiatrie  
21, Place Charles  
Tél. 0522 26 07 20

Date de consultation : 08/01/22

Nom et prénom du malade : Benkroune Zineb

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ **Enfant**

Nature de la maladie : Affection

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) : Hassan

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
08/11/22	Professeur de Pédiatrie Charles Nicolle	3	300,00	<p>Dr. Mohamed El Mohamed</p> <p>Professeur de pédiatrie</p> <p>21, Place Charles Nicolle</p> <p>Tel. 0522.24.07.00 - 26 00</p>

INP: 09/11/31070

Mohamed  
Place de Pédiatrie  
0522.240720 / 2690.07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/88	131,90

[illegible]

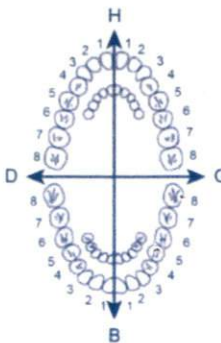
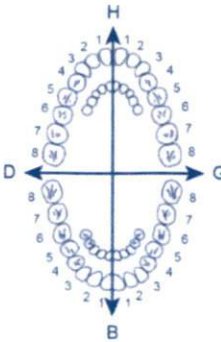
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
<b>O.O.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">G</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">D    00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">B    00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>H</span> <span>B</span> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D    00000000	B    00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	D    00000000	B    00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
					DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>							
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP : | | | | | | | | |

11

Page 10

Page 10

Page 10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

## Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique  
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie  
et d'Allergologie

## الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابقا لمصلحة إنعاش الأطفال

والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع

أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية

تشخيص و علاج مرض الضيقة عند الأطفال

عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز

التنفسي و الحساسية

DR. SQALLI HOUSSAINI  
Professeur de Pédiatrie  
21, Place Charles Nicolle  
05 22 26 07 20 / 05 22 26 00 00

Casablanca, le : 08/01/22 : الدار البيضاء، في

Enfant BENKIRANE Zineb

Age : 4 ans 4 mois

40,70  
x 2  
28,00  
22,50  
131.90  
1 AXIMYCINE SIROP 250 MG(100 ML)

1 cuillère mesure, 3 fois / jour, pendant 7 jours

2 boites

2 STODAL SIROP (NN)

1 cuillère à café, 3 fois / jour, pendant 7 jours

3 INTRALGIS SIROP (> 3 MOIS) ou NO.DOLFEN

1 cuillère mesure, 3 fois / jour, pendant 4 jours

BOTTU SA  
PPV : 28 DH 00

PPV 40DH70

LOT 16007  
EXP 05/2024

PPV 43DH00

LOT 90009  
EXP 12/2022

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK - TAK  
19, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41