

## 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 : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W21-768794

247591

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13418 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benzouj, Oum

Date de naissance : 07/07/1993

Adresse : Tit Mellil Lotissement Bach N°2 Appo2

Tél. : 0662935635 Total des frais engagés : 585,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KHAYRAT Myrham  
Pédiatre  
Centre Bouskoura, Appt N°4, 1er Etage  
Résidence Rachidi Tel: 0522 01 28 78

Date de consultation : 14/01/2023

Nom et prénom du malade : BENAZIZ Ahlup Age : 4 ans

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

Nature de la maladie : Vaccinalim

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 : 14/01/2023

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
14/01/2023			66	INP : 03/15/11/40

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR RAJESH K. BOUSKOURA N°6 LOT DALIA CASABLANCA TEL: 05 22 32 06 50	14/01/2023	585,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

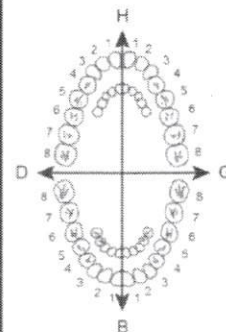
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

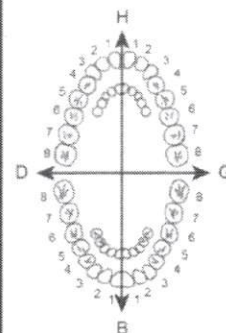
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
26533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KHAYRAT Myriam

Pédiatre

Spécialiste des maladies  
des enfants et des Nourrissons

الدكتورة خيرات مريم

طبيبة أطفال  
اختصاصية في أمراض  
الأطفال و الرضع

Sur Rendez-vous | du lundi au Vendredi 9:00 - 16:00 من الاثنين إلى الجمعة  
samedi 9:00 - 13:00 السبت | بالموع

Bouskoura, le 14/01/2023 بوسكورة في

BENAZIZ Ghali

325,00

1. Infamix Hsa



252,00

2. Rraix

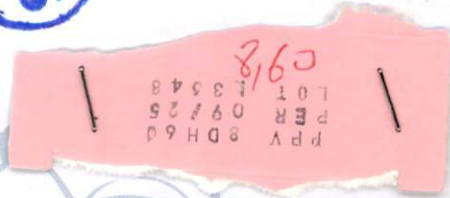


81,60

3. Slipman supf

585,60

Longo a y n T > 38



Lactose anhydre  
Chlorure de sodium  
Milieu 199 contenant  
principalement  
des acides aminés, des  
sels minéraux,  
des vitamines  
Eau pour préparations  
injectables

GlaxoSmithKline Maroc :  
Aïn Aouda,  
région Rabat

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 325,00 DH

ID: 648847  
6



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Après reconstitution, 1 dose (0,5 ml) :

A toxine diphtérique1 ..... ≥ 30 I

1 dose (1.5 ml)  
1 dosis (1.5 ml)

1 tube  
1 tubo

gsk

Rotarix<sup>TM</sup>

Oral suspension  
Suspension buvable  
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus  
Vacuna contra rotavirus

Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

/ Voie orale/ Vía oral

Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

ID: 650523  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 252,00 DH

6 118001 142361

