

## 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° W21-824296

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID  
 Date de naissance : 27/01/1967  
 Adresse : Rue Gascoigne Les EL MLK LILAH - ETGA - RT 2  
 Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA.  
 Tél. : 0661691366  
 Total des frais engagés : 1141,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : AMAROUCHE ALI Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Blanche 72  
 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 : 28/11/23  
 Signature de l'adhérent(e) :  
 Signature du médecin :  
 ACCUEIL

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
26/10/2023	C		322,00	INP : 031620374

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BOSSILANI 13 Bis, Rue de Rome Rés. Nour Casablanca - Tél.: 022 29 75 45	26/10/2023	845,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

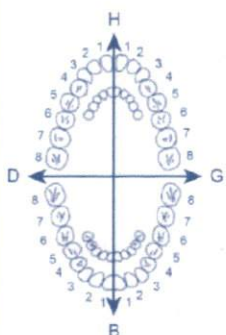
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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"/>

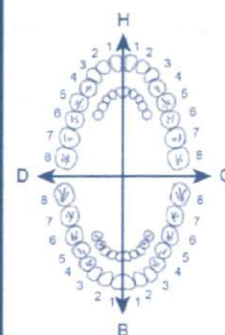
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste  
diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

حضرة بعد الرازيق  
للأطفال والرضيع  
بليج (بلجيكا)

LOT 230300 2  
EXP 12 2026  
PPV 80 10

EXP 12 2026  
PPV 80 10

CASABLANCA, le 26.10.2023

Mr AMAROUCH Ali

LOT 230300 2  
LOT 230300 2  
EXP 12 2026  
PPV 80 10

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 123,60 DH  
ID: 651085  
6 118001 140299

LOT : 1156  
UT.AV: 01-26  
PPV: 36DH60

PPV: 96DH00  
PER: 06/25  
LOT: M218-3

PPV: 14DH00  
PER: 03/24  
LOT: K891

PPV 40DH90 EXP 07/2024  
LOT 15032 3

PPV: 168,20 DH  
LOT: 563262

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

1 XYZALL 5mg cp pellic : B/28

1 cp le soir, pendant 4 mois.

2 FLIXONASE 50 µg/dose susp nasal : FI/120 doses

1 pulvérisation le matin, pendant 2 mois.

3 BÉTASTENE 2 MG

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 jours

4 PRAZOL GEL 20 MG

Prendre 1 gélule le matin, pendant 28 jours

5 DOLIPRANE CP 500 MG

1 cp toutes les 6 heures pendant 2 jours

6 ZINASKIN

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 10 jours

7 AUGMENTIN 1 G DBO

8 VENTOLINE AEROSOL

Urgence : 06.63.05.28.12 : المستعجلات

416, Anoual Capital center, Bd Abdelmoumen, angle Bd. Anoual entréc A, Bureau N° 911<sup>e</sup> étage - Tél : 05 22 81 00 00

benkhadrahane@ginul.com



Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

**pédiatre spécialiste**

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بليج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 26.10.2023

Mr AMAROUCHE Ali

2 bouffées toutes les 4 heures à espacer en fonction de l'évolution et à  
arreter quand la toux s'arrete

Dr Hanane BENKHADRA

صيدلية منتزه الإيسيسكو  
PHARMACIE JARDIN ISESCO  
Dr. Samira EL ROSALAM

13 Bis, Rue de Rome Rés. Nora  
Casablanca - Tél.: 022 29 75 45

Dr. Hanane Benkhadra Benabderrazik  
Cabinet Spécialiste  
Angle e Anoual Capital Center, Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage  
Tél: 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11  
Fax: 05 22 86 37 27  
ICE: 002063641000035 - INPE: 091023374  
Anoual Capital Center, Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 - 1<sup>er</sup> étage  
Tél: 06 59 93 11 11 / Cabinet: 06 59 93 11 11  
Fax: 06 59 93 11 11  
ICE: 002063641000035 - INPE: 091023374

Casablanca, le-----

416, Anoual Capital Center, Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél: 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

416, Anoual Capital center, Bd. Abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél: 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadranan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 : المستعجلات — Sur rendez-vous —