

## 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° W21-817349

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KANBOU NABIL  
 Date de naissance : 12-03-75  
 Adresse : N°58, Rue 3, Qr ROUSRA OULFA  
CASA  
 Tél. : 0661052135 Total des frais engagés : 423,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Benslimane Hajar**  
Médecin Généraliste - Allergologue  
Rés. Riad Garden, Imm 2, Bd Laymoun  
Casablanca - Tel : 05 22 69 20 13

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/12, 2023  
 Nom et prénom du malade : Ame Hassan Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Syndrome grippal  
 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 : CASA Le 15 JAN 2024  
 Signature de l'adhérent(e) : N

Autorisation CNDP N° : A-K-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
22/12/23	Catégorie			Dr. Bensh... Médecin Généraliste, Imm... Rés. Riad Garden, Imm... Casablanca. Tel : 05 22 69 20 48

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARAM Dr. DERIAZIZA Secteur 115 Zoubir CASABLANCA	22/12/23	423.00

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Dr. Hajar BENSLIMANE

**Allergologue – Omnipraticienne**

Diplômée en Allergologie de la faculté de Montpellier

Diplômée en Diabétologie de la faculté de Rabat



Asthme, Rhino-conjonctivite allergique  
Allergie alimentaire  
Allergie médicamenteuse  
Urticaire, Eczéma  
Tests allergologiques  
Exploration fonctionnelle respiratoire  
Désensibilisation spécifique  
Prise en charge et suivi du Diabète  
Médecine générale

Casablanca, le : 22/12/23

Patient (e) : Amina Hamaa

**BRONCHATHIOL®**

Carbocistéine 5%

PPV 31 DH 20  
PER 07/26  
LOT M2406

**ADULTE**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 652428  
PER: 05/25

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
ID: 652114  
6 118001 140329

LOT 211539  
EXP 05/2024  
PPV 99.00 DH

168.20  
Dr. Benslimane Hajar  
Médecin Généraliste - Allergologue  
Res. Riad Garden, Imm 2, Bd Laymoun  
Casablanca- Tel: 05 22 69 20 13

125.00  
Flixotide  
PHARMACIE MARAM  
Dr. DERIAZA  
Ruisseau Youssef, Lot 134  
Zoubir CASABLANCA  
26 x 21 j x 15

31.20  
Bronchitol sirup  
1ccs x 31 j x 08 j

99.00  
Dettol  
Dr. Benslimane Hajar  
Médecin Généraliste - Allergologue  
Res. Riad Garden, Imm 2, Bd Laymoun  
Casablanca- Tel: 05 22 69 20 13

Résidence Riad Garden, imm 2, Apt 7, Bd Laymoun, lot Youssef, Zoubir-Oulfa, Casablanca

Tél: 05 22 69 20 13 / 06 16 41 80 74