

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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
- 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° W21-693864

202336

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4615 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KINANI OUAFAA

Date de naissance : 02/02/61

Adresse :

Tél : 0661334933 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENJELLOUN Wafa  
Pneumophtisiologue  
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522 96 20 24

Date de consultation : 12/02/2021

Nom et prénom du malade : KINANI Ouafoa Age : 63

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : Fait Le : 12/02/21

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
12/02/24	CS		3000	Dr. Wafa BENJELLOUN

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
12/12/24	3360	

ANALYSES - RADIOGRAPHIE			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/02/24	212	2000

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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

# Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريكي الغياتي

Dr. WAFI BENJELLOUN IDRISSE

الدكتور وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي  
كبار وأطفال

Casablanca, le : 12/02/2024

KINANI OUAFAA

1 - AERIUS ~~sirap~~ / 185

1 comprimé par jour

2 - Taraxet

1 cp le soir pdt 5 j

3 - Docivox spray

1 pulverisation à repeter 3 f par jour

4 - Inexium 20 mg

1 gelule le soir pendant 7 j apres le repas

5 - Amoxil F. orales Cps dispersibles à 1 g

1 comprimé X 3/j 165

6 - Solupred cp efferv. à 20 mg

122 Comprimé apres le petit déjeuner pdt 3 j

103.6  
Tel: 05 22 25 46 85

PHARMACIE RIHAB  
EL MEJANET - FASSI FIHRI  
5 Rue Codi Bakkor - Casablanca

PHARMACIE RIHAB  
EL MEJANET - FASSI FIHRI  
5 Rue Codi Bakkor - Casablanca  
Tel: 05 22 25 46 85

Dr. BENJELLOUN Wafa  
Pneumophtisiologue  
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 99 20 24

à discuter avec medecin lib

PPV : 103,60 DH  
LOT : 652710  
PER : 05/25

# Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريقي الغياتي

Dr. Wafa BENJELLOUN IDRISSE

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

Casablanca le:12/02/2024

Mme KINANI OUAFAA

## RADIOGRAPHIE THORAX FACE

INTERPRETATION :

IMAGE THORACIQUE NORMALE

Dr. BENJELLOUN Wafa  
Pneumophtisiologue  
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522 99 20 24