

## 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
- 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° D : 13150  
N° W19-489789

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **8063**

Matricule : **8063** Société : **Royal Air Maroc**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Me AZIZ KHADIJA**

Date de naissance : **13/05/1965**

Adresse : **N° 65 LOT ELFATH2 SIDI NAAROUF CASABA**

Tél. : Total des frais engagés : **8000,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr Said Benslama**  
**Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation. Ostéopathe**  
**Rsd NAIM, Imm 4, Sidi MAAROUCI**  
**CASABLANCA TEL 052122110**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **18 DEC 2019**

Nom et prénom du malade : **AZIZ KHADIJA** Age : **54**

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

Nature de la maladie : **Cervicogen AS**

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 : **CASABA** Le : **18 / 11 / 2019**

Signature de l'adhérent(e) : **AZIZ**



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
29/11/19	FACTURE		2.000 dh	INF : 09/11/19 Dr Said Ben Said Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation. Ostéopathe Said NAIM, Imn 4, Sidi MAAROUF APLANCA TEL 05223221

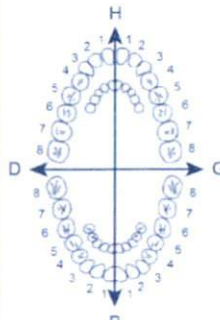
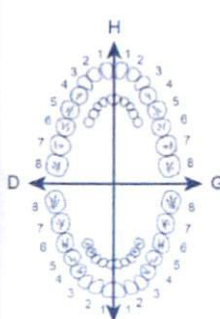
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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.

					DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			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		

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 22/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 8063	e-mail : kass@royalaitmaroc.ma Phones : 8495
Nom et Prénom de "adhérent" : AZIZ KHADIJA	
Nom et Prénom du bénéficiaire : AZIZ KHADIJA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr SAID BENSLAH	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. me AZIZ	
Nécessite 10 séances de Rééducation fonctionnelle du rachis	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



**Docteur Said BENSLAMA**

*Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation*

*Diplômé de l'université Paris V  
Ancien Médecin Colonel*

- Ostéopathie
- Médecine de Sport
- Echographie  
musculosquelettique
- Mésothérapie
- Podologie
- PRP

**الدكتور سعيد بنسلامة**

اختصاصي في الطب الفيزيائي و الترويض  
خريج كلية الطب بباريس  
طبيب عسكري سابق

- تقويم العمود الفقري
- الطب الرياضي
- الفحص بالصدى
- ميزوثيرابيا
- أمراض الرجل
- أمراض العظام و المفاصل
- البلازما الغنية بالصفائح الدموية

Casablanca le 22/11/2019

Patient: AZIZ KHADIJA

FACTURE

Deux Séances de Rééducation fonctionnelle  
du rachis cervical.

10 x 200 dhs = 2000 dhs

Annuler la présente Facture à la somme de  
deux Mille dinhams.

**Dr Said Benslama**  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Rééducation. Ostéopathie  
Rsd NAIM, Imm 4, Sidi MAAROUF  
CASABLANCA. TEL 0522.32135

05.22.32.13.50 : الهاتف - البيضاء - سيدي معروف - إقامة النعيم، عمارة 4 الطابق الأول - شارع أبو بكر القادري،

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Imm N°4, 1er étage Lot Naim - Sidi Maârouf - Casablanca - Tél.: 05.22.32.13.50

Portable : 06.65.44.69.72 - Email : salama02fr@yahoo.fr

Bd. Abou Bakr El Kadiri  
Imm N°4. 1er Etage Lot Naim  
Sidi Maarouf - Casablanca  
+212 5 22 32 13 50  
+212 6 65 44 69 72  
Salama02fr@yahoo.fr

**Cabinet de Rééducation  
et d'ostéopathie  
Docteur Said BENSLEMA**

Nom : AZIZ

Prénom : Khadija

Type de soin : Cervicalgie

Nombre des séances : 10 séances

Jour	Date	Heure	Jour	Date	Heure
1) Lundi	28-10-2019	18h00 → Faite	1)		
2) Mercredi	30-10-2019	18h00 → Faite	2)		
3) Vendredi	01-11-2019	18h00 → Faite	3)		
4) Lundi	04-11-2019	18h00 → Faite	4)		
5) <del>Mercredi</del>	13-11-2019	18h00 → Faite	5)		
6) Vendredi	15-11-2019	18h00 → Faite	6)		
7) Mercredi	20-11-2019	18h00 → Faite	7)		
8) Vendredi	22-11-2019	18h00 → Faite	8)		
9) Lundi	25-11-2019	18h00 → Faite	9)		
10) Mercredi	27-11-2019	18h00 → Faite	10)		

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA  
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations  
Colonne Vertébrale - Muscles  
et Tendons  
Tél./Fax : 05 22.22.23.04  
Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل  
والعمود الفقري والعضلات  
الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04  
بالموعد

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء، في

A22 KIMDIY.

RC bloc C3 C4  
DISC C4 C5

44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
Tél: 05 22 22 23 04

F SUP 10 ans de l'os  
de vol: sur l'os  
Complexe de l'os

1/2

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA  
Rhumatologue  
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
Tél: 05 22 22 23 04

**De :** prise en charge [mailto:pec@mupras.com]

**Envoyé :** 05 December 2019 12:53

**À :** AZIZ KHADIJA

**Objet :** RE: Demande Accord

Bonjour,  
accord pour 10 séances de rééducation .

---

**De :** AZIZ KHADIJA <KAZIZ@RoyalAirMaroc.com>

**Envoyé :** mercredi 4 décembre 2019 12:13:13

**À :** prise en charge

**Objet :** RE: Demande Accord

Bonjour,

Merci, et désolé pour la confusion je veux l'accord pour mon dossier, AZIZ Khadija MLE : 8063 que j'ai envoyé le 02/12.

Message en pièce jointe.

Merci bcp

Cordialement,



الخطوط الملكية المغربية  
royal air maroc

[www.royalairmaroc.com](http://www.royalairmaroc.com)

**Khadija AZIZ**

Département Distribution

Direction Réseau & Revenu Management

Tél.: +212 5 22 91 24 95

Fax.: +212 5 22 91 24 25