

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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**

**M22- 0009515**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7931

Société :

136836

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUGHALEB ABDELHAFID

Date de naissance :

02-04-1953

Adresse :

Tél. :

0668202602

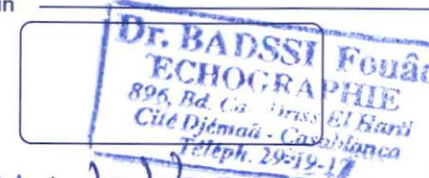
Total des frais engagés :

# 354,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade :

Mr BOUGHALEB ABDELHAFID

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

10 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

# 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
10/11/2022	C1		1500M	Dr. BADSSI FOUAD ECDO 895, Bd. Cdu. l'Ind. El Hana Casablanca - Maroc Tél: 2919.12

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/2022	204,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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											
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur BADSSI Fouâd

Diplômé d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Montpellier (France)

Diplôme en diapétologie

Nutrition de la Faculté  
de Bordeaux - France

# الدكتور البادسي فؤاد

حاصل على دبلوم الفحص بالأصوات  
من جامعة مونتبلي (فرنسا)

دبلوم المرض السكري

والحمية من جامعة

بورديو - فرنسا

Casablanca, le 10/11/2022

Mr BOUGHALLOU ABDELHAFID

29,70

21

Aziz

500

18

(SV)

14,60x2

21

Delia

15

(SV)

15x3r

(N2)'

21,00

21

Felix

2r

(S)

x3r

40,00

21

Salim

20

(S)

21

21x3r

x3r



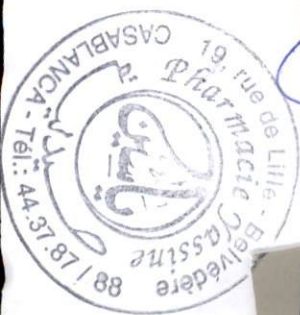
896, شارع الكمندار إدريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - ☎ : 05.22.29.19.17

896, Bd. Cdt. Driss El Harti - Cité Djamaâ - Casablanca - ☎ : 05.22.29.19.17

57 pectryl (2)  
34,70  
1cra2

**AZIX**  
79,70  
PPV 19070  
PER 01/25  
LOT 1200

T = 204,60



**Dr. BADSSI Fouad**  
ECHOGRAPHIE  
896, Bd. Ch. de l'El Hatti  
Cité Djemââ - Casablanca  
Téléph. 29-19-17

**Doliprane** 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescent séables  
118000 040361  
6 118000 040361

**Doliprane** 1000 mg  
14,60  
PPV 14DH60  
PER 06/25  
LOT 100

14,60  
PPV 14DH60  
PER 06/25

**Doliprane** 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescent séables  
118000 040361  
6 118000 040361

**FEBREX** Adulte  
LOT : 2075  
UT.AV: 08-25  
PPV : 21DH00

**Isolone** 20 mg  
Prednisolone  
20 Comprimés effervescent  
إيزولون 20 ملغ  
بريدنيزولون  
قرصا فوارا 20

**Isolone**  
Prednisolone  
40,00

PPV 34DH70 EXP 06/2025  
LOT 26062 2  
**PECTRYL**  
PECTRYL®  
SIROP 250 ml  
6 118000 031901