

## 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

N° W21-714648

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1870

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDARKA LAILA

Date de naissance : 15/10/1956

Adresse : N° 60 LOT LINA Sidi MARROUFE Casa

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boudarka Laila

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 13/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/09/2023		C	200,000	INF: [Signature]
18/09/2023		C	AB	[Signature]

[illegible]

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

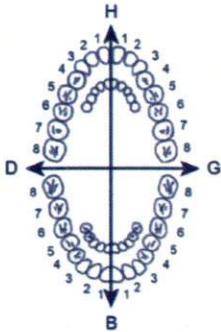
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

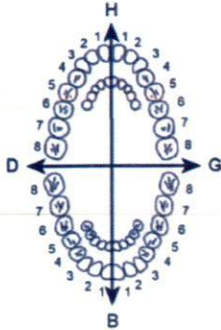
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Faouzia DAOUDI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine de Marseille

MÉDECINE GÉNÉRALE  
PSYCHOTHÉRAPIE ( SUR RDV)  
SEXOLOGIE - ADDICTOLOGIE  
DIABÉTOLOGIE  
DIÉTÉTIQUE  
HOMÉOPATHIE  
MEDECINE DU TRAVAIL  
MALADIES TROPICALES  
ECHOGRAPHIE CLINIQUE



الدكتورة فوزية الداودي

خريجة كلية الطب بمرسيليا

الطب العام  
الطب النفسي (بالوعد)  
الطب الجنسي - الإدمان  
داء السكري  
الحمية والتغذية  
الطب الطبيعي  
طب الشغل  
أمراض المناطق المداري  
الفحص بالصدى

Casablanca, le 13/09/2023

BOUDARKA LAILA

- 99,00 • Prodefen - sachet  
1 sachet après le repas ..... 2 boîtes
- 210,00 • mélatonine 1 mg  
1 cp par jour le soir
- 46,90 • Acticarbine 70 mg - comprimé dragéfié  
1 Comprimé, matin, midi, pendant 7 jours

286,10 X 5  
1902,90  
Glycan 500 mg  
1 cp x 3  
Exforge 160/5/135  
1 cp d  
3 mois



**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

PPC : 99 Dhs

Lot : 129094  
Date de Fab : 03.2023  
Date de Pér : 03.2025

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)  
PPV 46.90 DH SOTHEMA

6118001070015

6118001030989

**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH

6118001030989

**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH

6118001030989

**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH

6118001030989

**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH

6118001030989

**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH

191fo ←  
Ged

PPV 19.50 DH  
LOT F762 PER 06/25

PPV 19.50 DH  
LOT F854 PER 09/25

191fo ←  
Ged

PPV 19.50 DH  
LOT L0427 PER 04/26