

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-469642

N° D: 49382

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2157

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LEBABI BOUCHAIB

Date de naissance : 14/08/1967

Adresse : habituelle

Tél. : 066076500

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUDAD Latifa  
Médecin Général  
Lot Annaim Im 20 N°3 Oulfa  
CASABLANCA Tél: 05 22 91 33 44

Date de consultation : 28/03/2020

Nom et prénom du malade : Lebarbi Bahia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection de longue durée

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 :

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 attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

28/09/2020			190	INF 094035568
------------	--	--	-----	---------------

DR BRUNO LATIFA  
Médecin Général  
Lo. Annaim 094035568  
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 32 44

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/09/2020

1901.00

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

### 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.

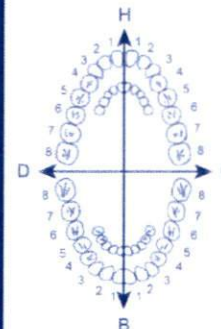
SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

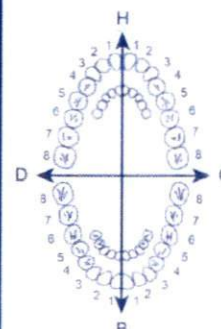
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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



Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale

Diplôme U. en Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الطب العام  
دبلوم جامعي  
خريجة كلية  
الطب العام  
بالدار البيضاء

Casablanca, le 28/09/2020 في دار البيضاء

Lehadi Bahia

58,40

Solupred 20mg

1g (25)

Solupred 20mg

4x338.00

Centr de 500 disks (4 bits)

8x4 (30 2 pul x 21)

Urbel : 8mg (8 bits)

218, Avenue Mers Sultan  
Casablanca  
05 22 22 25 44

1901.07



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
ID : 6341157  
6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 338,00 DH  
ID : 632804  
6 118001 141111

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 338,00 DH  
ID : 629603  
6 118001 141111

**AXIMYCINE®** 14co  
PPV 640H10

**AXIMYCINE** 1  
PPV 640H10

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 338,00 DH  
ID : 634037  
6 118001 141111

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH