

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse :

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

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° P19-0036090

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30044AD Société : NATIS / RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 4387

Nom & Prénom : Mlle HABITUELLE

Date de naissance : HABITUELLE

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 69 23 25 48 Total des frais engagés : 1110 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr A. LAABOURRI  
Traumato-Orthopédie  
87, Bd. My Ismail - Berrechid  
Gsm : 0661 32 50 34  
I.P. : 091087452

Date de consultation : 17/12/10

Nom et prénom du malade : Boukha, Zouaida Age : 44

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

Nature de la maladie : Lambléomatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : CASA Le : 26/11/2010

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


17/12/13	Ch	300,00		
----------	----	--------	--	-----------------------------------------------------------------------------------

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

	17/12/13	534,2000
----------------------------------------------------------------------------------	----------	----------


## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

	17/12/13	2017/17/13	956,91
----------------------------------------------------------------------------------	----------	------------	--------


## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre  
AM    PC    IM    IV

Montant détaillé des Honoraires

	17/12/14			01		229,00
-----------------------------------------------------------------------------------	----------	--	--	----	--	--------

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

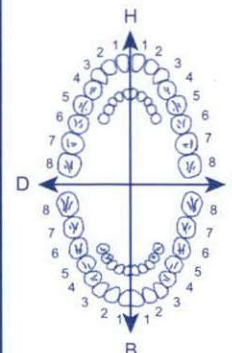
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
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

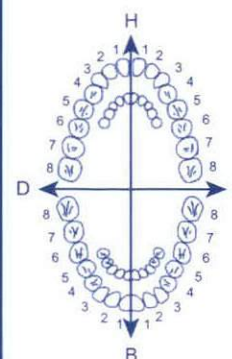
MONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SECOURS

VEGEBOM  
Gel Rafraichissant 45ml  
PPC : 79,50 DH  
Lot : 8582C1901  
Mars/2021  
MEDIPRO PHARMA

LAABC  
ue et Traur  
e de Sport

0807181021  
PPV 1550H00

إختصاصي في جراحة و تقويم العظام  
الطب الرياضي

LOT : 9MA118  
PER: 304 2022  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
118000060833

Nuravit  
Cynorphastidine  
Vitamine

Sirop

125 ml



611 800115 013 7  
DIPROSTONE 1 Seringue  
P.P.V : 56,80 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

M. Bouayad Zoubied

5660

Diprostene 1ml 1matin

Actyl D

PVC : 86,00 DH

Actyl. 1 matin

Titanerol 2x2/1

Cartrex 1x2

TPP8um 1x2

Vegebon 1x2

Relaxol 1x3

Nuravit 1x3

PIV  
LOT  
PER

28,80

LOT : 191290  
UT AV : 07/2023  
PPV : 54,20DH

LOT N

87 شارع مولاي اسماعيل - برشيد - المحمبول 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**M U P R A S**

N° Admission : 19019223 N° Facture : 19018912 Date facturation : 17/12/2019

Nom et prénom du patient : **Mme BOUAYAD ZOUBIDA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS LOMBAIRE F/P	1.00	256.00	256.00
		Sous-Total	<b>256.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Deux cent cinquante six dirhams**

**Total : 256.00DH**

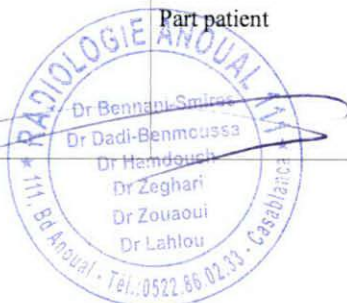
Adhérent : BOUAYAD

Part organisme : 0.00 DH

Mle :

Part patient : 256.00 DH

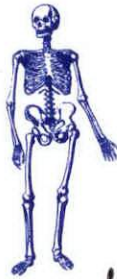
PC N° : 000



**الدكتور عبد الله لعبوري**

إختصاصي في جراحة و تقويم العظام  
الطبيب الرياضي

## الطب الرياضي



**091087452**

Berrechid, le

17/12/19

Bouayach, Zoubida

Radio Laure

$$F + P$$


Dr. A. LAABD  
Traumatology Orthopedics  
87. Bd. Mylmal, Berle  
Gsm: 061 82 50 34  
I.P: 05 1007452

87، شارع مولاي اسماعيل - برشد - المحمول : 06 61 32 50 34

**87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34**

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch  
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 17 Décembre 2019

**Dr. A. LAABOURRI**

**MME BOUAYAD ZOUBIDA**

## COMPTE RENDU

### RADIOGRAPHIES DU RACHIS LOMBAIRE FACE ET PROFIL :

- Ebauche d'une déviation du rachis lombaire en scoliose dans le plan frontal avec discrète rotation des corps vertébraux.
- Conservation de la hauteur des différents disques intervertébraux.
- Ostéophytose marginale intéressant principalement les plateaux de L4 et L5 et de façon plus limitée les plateaux de part et d'autre du disque L2-L3.
- Absence d'anomalie identifiable au niveau des arcs postérieurs.
- Calcification muriforme pelvienne gauche, probablement en rapport avec un myome.

