

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## diologie 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

85356

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0014057**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7082 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIS TAOUFIK Date de naissance : 02.02.1958

Adresse : Res. Chabab zone D imd 13 N°3 Ain Sebaa Casa

Tél. : 06 68 38 55 26 Total des frais engagés : 1145,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد اللطيف رويض  
Dr. Abdelatif ROUAYED  
PNEUMOLOGUE  
6, rue : Allal Ben Abdellah - Casablanca  
Tél : 05 22 13 44 12

Date de consultation : 11 SEP 2021

Nom et prénom du malade : Mme Ait Houssaine Atika Age : 46 ans

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

Nature de la maladie : Affec Mus - Respiratoire

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 : 22 / 09 / 2021

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 SEP 2021	C5	1	250,00	Dr. Abdelatif ROUVED PNEUMOLOGUE 6, rue 55 Ann. V. CASABLANCA Bernoussi - Tél.: 0522 73 44 12

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

11/09/2021      895,00

# 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

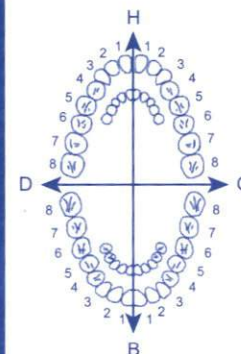
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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 00000000 00000000  
35533411 11433553  
G  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

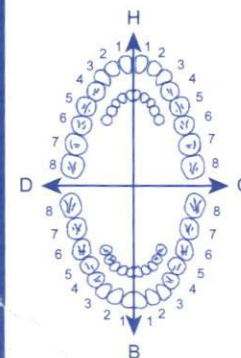
MONTANTS DES SOINS

(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

# DOCTEUR Abdellatif ROUAYED

Spécialiste en Pneumo-phtisiologie  
Diplômé de l'Université de Paris

Asthme - Tuberculose et Allergies  
Respiratoires

Radiographie - Endoscopie - E.F.R



الدكتور محمد الطيفي رويض

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج جامعة باريز

الضيق والحساسية - داء السل

فحص بالأشعة - فحص بالمنظار

فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : 11.09.2021 : الدار البيضاء في

Mme AIT LHOSSAINE Atika

## 1 FOSTER NEXTHAHLER POUDRE

1 bouffée 2x / jour  
Rincer la bouche après

## 2 REXABAN 20MG : B/28

- 1 cp / jour après repas

## 3 EXOMUC SACHET

- 1 sachet trois fois par jour , après repas.

## 4 MANEF 300 CP EFFERV. BOITE DE 30 CP

- 1 cp par jour le soir

Vignette

FOSTER  
100/6  
mcg/dose

فستار  
6/100  
ميكروغرام/جرعة

PPV= 387DH00

370,00

FMM71 0124

LOT

Prix

99-00  
2024-01

LOT 28011  
FER DEC 22  
FFV 39DH90

Dr. Abdellatif ROUAYED  
PNEUMOLOGUE  
6, rue 55 Amal - Casablanca  
Bernoussi - Tél.: 0522 73 44 12

6 زنقة 55 أمال 4 سيدي البرنوصي الدار البيضاء الهاتف : 05 22 73 44 12

6 Rue 55 - Amal 4 - Bernoussi - casablanca - Tél : 05 22 73 44 12 - INPE : 09 112 10 12