

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W19-471180

315/5

Maladie     
  Dentaire     
  Optique     
  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09747      Société : .....  
 Actif     
  Pensionné(e)     
  Autre : .....  
 Nom & Prénom : NAHBOUB JUSTAHA  
 Date de naissance : 01-01-83  
 Adresse : .....  
 Tél. : 0663768899      Total des frais engagés : 228,00      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Latifa ABOUJIDA

MÉDECINE GÉNÉRALE  
 ECHOGRAPHIE  
 241, Bd. Oued Tanassi - El Oulfa  
 Tél. : 05 22 91 1 33

Cachet du médecin : .....  
 Date de consultation : 08/11/2021  
 Nom et prénom du malade : NAHBOUB Fatima Zahra  
 Lien de parenté :     
  Lui-même     
  Conjoint     
  Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur abdominale, mise de palpitation  
 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 : 08/11/2021

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
08/11/2021	CRK		100,00	INP N°: 012007230

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/11/21	328,00

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				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.																				
<b>Important :</b> 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"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>0000000</td> <td>21433552</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		G		25533412	0000000	21433552	0000000	D	0000000	0000000	B	35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	0000000	21433552	0000000																
	D	0000000	0000000	B																
	35533411	11433553																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				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 Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

## ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.

## GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg



الدكتورة لطيفة أبوجيدة

الطب العام

الفحص بالايكوجرافيا

خريجة جامعة مونتبليي (فرنسا)

طبيبة رئيسية لمركز صحي سابقا

حائزة على دبلوم أمراض النساء

جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

Dr. Latifa ABOUJIDA  
Casablanca, le 08/11/2024  
f. Tahboub Fatimazah

94.00

N° 6609  
20-04-2024



- Velaxor 37.5 = 2 cp de nuit

69.00

- Nometil = 1 cp



32.90 x 2

N° 6610  
20-04-2024



- Dogmatil 50 = 1 gélule

49.60 x 2



\* D-cos fte = 1 amp / sein la nuit

1 amp / sein la nuit

328.00

Dr. Latifa ABOUJIDA  
Mme. Houada KERGO  
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa  
Tél.: 05 22 91 56 77 - Casablanca 20200

LOT 0003361  
EXP: 14/23  
PPV 34DH00

LOT: 210051  
DLUD: 01/2024  
61,00DH

LOT 206011  
PER: 10/2023  
Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V 32DH90  
6 118000 061199

LOT 206008  
PER: 08/2023  
Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V 32DH90  
6 118000 061199

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21A04  
EXP: 01/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J26  
EXP: 10/2023

PHARMACIE LE BIEN  
Mme. Houada KERGO  
55/57, Rue 77 AZHAR  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 91 56 77