

# RECOMMANDATIONS ACTIVER LES REMBOURSEMENTS

LABO BENJELLOUN  
Mme CHATBI MALIKA  
DDN 01-01-1958



## A LIRE POUR TER 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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

## Declaration de Maladie

N° W21-663872

106901

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0851 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHERRAS Abdelmjid

Date de naissance : 11-1-51

Adresse : 14 Rue Baouafsa Apt 11 HY

Tél. : 0615804322

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Loubna BERRADA**  
Médecin Généraliste  
Imm. C32 Rés. Al Firdaous  
M.H. Casablanca  
Tél. 05 22 90 56 25

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2022

Nom et prénom du malade : CHATBI Malika Age : 1958

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

Nature de la maladie : Tumeur mélanocytique

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 : 16 / 02 / 2022

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/02/2022      |                   | 1                     | 13000                           | INP : 061 02 10 42<br>Dr. Loubna BERNARD<br>Médecin Généraliste<br>10m. C32 Rés. Al Firdaous<br>H.M. Casablanca<br>Tél. 05 22 90 56 25 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie du CAPA<br>Mme CHAOU SAMIRA<br>1 Rue Al Oukhousa Beauséjour<br>Casablanca Tél. 05 22 39 89 75 | 16/02/2022 | 830,60                |

# 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"/>      |
|                            |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                            |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                            |   |                  |             |  |
|                            |   |                  |             |  |
|                            |   |                  |             |  |
|                            |   |                  |             |  |
|                            |   |                  |             |  |
|                            |   |                  |             |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 G 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                            |   |                  |             | 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

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie  
Pédiatrie

Diplômée de l'université  
de médecine de CRIMEE



الدكتورة برادة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمية

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21129  
EXP: 09/2024

Casablanca

Patient

Dr. Loubna BERRADA  
Médecin Généraliste  
Imm. C32 Ré. Al Firdaous  
H.H Casablanca  
Tél. 05 22 90 56 25

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21129  
EXP: 09/2024

150,00 x 2 Hydrocomod

116,80 x 3 Lipanthyl 1603

49,60 x 2 D- cure Font

40,50 x 2 TARDUFERON 803

830,160 x 2 SARBENOR

150,00  
2024-03  
LOT: 301502  
PPC: 150 DH  
150,00  
2022-11  
LOT: 297559  
PPC: 150 DH

Dr. Loubna BERRADA  
Médecin Généraliste  
Imm. C32 Ré. Al Firdaous  
H.H Casablanca  
Tél. 05 22 90 56 25

Pharmacie du CAF  
Mme CHAOUI SAMIRA  
Beauséjour  
Tél. 05 22 90 56 25

319334



6 118001 103041

# **Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



6 118001 103041

# **Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

maphar

ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636