

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-683360

106868

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13246 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BARRITANG EL MUSTAFA  
 Date de naissance : 28/08/1989  
 Adresse : 02 lot 69 Hayati II, Benachrid  
 Tél. : 0668 123 777 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUABID Abdelhakim  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
CERVICO - FACIALE

Date de consultation : 07.02.2022  
 Nom et prénom du malade : AMELLOU OUIAM Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Nasser Le : 07/02/2022

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
07.02.2022	C	200DH		INP : 061126100610 Dr. Abdelhakim O.R.L. Spécialiste O.R.L. Chirurgie Cervico Faciale 05 22 32 64 60

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAYAL Dalia Sana CHABBOU Docteur en Pharmacie LAYAL 2 N° 05 22 32 64 60 062070379	07/02/22	308.90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

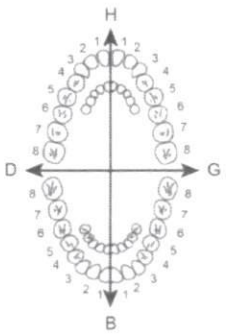
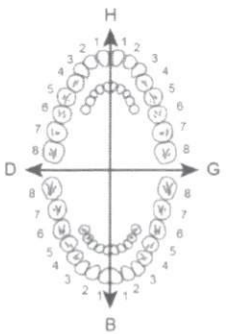
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"/>
				
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 				

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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  
**BOUABID Abdelhakim**



الدكتور  
**بوعبيد عبد الحكيم**

Spécialiste en ORL et Chirurgie  
**CERVICO - FACIALE**  
**Exploration Endoscopique**  
**Exploration Vertige et Surdité**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن  
و الحنجرة و الوجه و العنق  
إختبارات الدوخة و وظائف السمع  
الفحص بالمنظار و المجهر



INPE : 061126140



Berrechid le : 07/10/2022

Amellal Ouissam

EFFIPRED 20 mg

PPV 58DH40  
EXP 10/2024  
LOT 19016 C

20,00

Claril

250 mg  
1 cp. 2 j



58,40

Effipred

20 mg  
3 cp 1 j / 1 cp 2 j



79,50

Apixol

(cp + sucre)

51,00

Tanganil

LOT: 210514  
PER: 03/2024  
PPC: 79,50 DH

**Apixol**  
Comprimés  
  sucré

1 cp. 3 j

**PHARMACIE LAYALI**  
**alla Sana CHABBOUBA**  
Docteur en Pharmacie  
LAYALI 2 N  69 Berrechid  
TEL: 05-22-32-42-30

**Dr. BOUABID Abdelhakim**  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
**CERVICO - FACIALE**

332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage  
Apt 2 - Berrechid 0522 32 64 60  
ICE: 001866801000095 - IF :14445762

332   تجزئة نصر الله إقامة محمد  
الطابق الأول رقم 2 - برشيد