

## 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 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-781704

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13198 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KASSABOU Adam

Date de naissance : 20/08/196

Adresse :

Tél. : 0707052117 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BOUTALEB KHALID**  
Agréé pour Certificat  
Permis de Conduire  
30, Bd. du 11 Janvier Lot. Chahab  
Derpaa - Tél: 0644712991

Date de consultation : 27/12/2022

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : syne diase infectieux

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 : 13/01/23

Signature de l'adhérent(e) :



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
22/11/2022	<	<	1500	BOU TALIB KHALID Agréé pour Certificat Permis de Conduire du 11 Janvier 2023 Bordj - Tél: 066 10 38 01

[illegible]

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

[illegible]

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BOUTALEB Khalid**

Médecine Générale

Médecine du Travail de la

Faculté de Médecine PARIS

Expert Assermenté près les Tribunaux

Electrocardiogramme

Médecin Agréé pour le Permis de Conduire



**الدكتور بوطالب خالد**

الطب العام

اختصاصي في طب الشغل من كلية

الطب بباريس

خبير محلف لدى المحاكم

تخطيط القلب

الشهادة الطبية لرخصة السياقة

DEROUA, LE : 27/12/22 الدروة في

MR KASBAOUI Adam

Biotic Plus 2g

**Dr. BOUTALEB KHALID**

Agréé pour Certificat

Permis de Conduire

30, Bd. du 11 Janvier Lot. Chabab  
Deroua - Tél: 0644712991

**Dr. BOUTALEB KHALID**

Agréé pour Certificat

Permis de Conduire

30, Bd. du 11 Janvier Lot. Chabab  
Deroua - Tél: 0644712991

**Dr. BOUTALEB Khalid**

30, Bd du 11 Janvier Lot. Chabab

DEROUA - Tél: 06.44.71.29.91

06 44 71 29 91 - الهاتف : الدروة - الدروة (قرب البنك الشعبي خديجة) - الدروة

30 Boulevard du 11 Janvier, Lot Chabab - Deroua ( En face de la Banque Populaire )

Tél. : 05 22 51 50 01 - 06 44 71 29 91 - E-mail : dr.boutaleb@hotmail.fr

**MUCOCIL®**

Ca. cystéine 5%

Sirop adulte - Flacon de 300 ml



P.P.V. : 46,40 DH



6 118000 191360

عن طريق الفم

قنينة 300 ملل

شالينيكاج

ميكوسيل<sup>®</sup>  
**MUCOCIL®**

شراب للكبار

قنينة 300 ملل

22, 70

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحو فيلاي صيدلي مسؤول