

## 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

- 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 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° W21-716596

15/10/23

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13246 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : IBARRITANE EL MUSTAFA  
 Date de naissance : 28/08/1989  
 Adresse : C22 lot 62 hayat 02, Benachid  
 Tél. : 0668 123 777 Total des frais engagés : 446,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelhakim BOUABID  
 Spécialiste O.R.L.  
 Chirurgie Cervico Faciale  
 Tél : 05 22 32 64 60

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/02/2023  
 Nom et prénom du malade : IBARRITANE INSS Age : 34 ans 5 mois

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

Nature de la maladie : obstruction nasale

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 : 23/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02.02.2023	C		200 DH	INP : 061126140 Dr. Abdelhakim BOUABID Spécialiste O.R.L. Chirurgie Cervico Faciale Tél : 05 22 32 64 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Ville 05 22 32 64 60	02/02/2023	196,10
INRE 08102163 062070370	02/02/2023	30,10

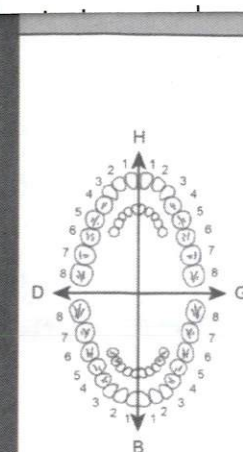
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

**NASONEX 50 µg/dose**  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 40 doses  
P.P.V: 50,10 DH  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 150205 >



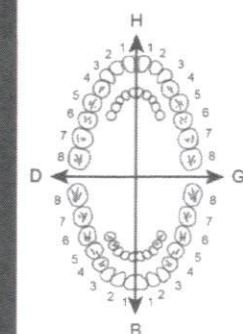
**NASONEX 50 µg/dose**  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 40 doses  
P.P.V: 50,10 DH  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 150205 >

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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



6 118000 191261



6 118000 191261

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



**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 و ظائف السمع**  
**الفحص بالمنظار و المجهر**

**INPE : 061126140**

Berrechid le :

*Handwritten notes and stamps:*  
Eup. Bouabid Abdelhakim  
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
Tél: 05 22 32 64 60

63,00

*Handwritten notes:*  
frotte plus (susp)

20,00

*Handwritten notes:*  
oropred (susp)

50,10 + 2

*Handwritten notes:*  
Nasorex

196,10  
50,10

*Handwritten notes:*  
1 pulvérisation 1 j (dans)  
1 (cervico max)

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

**PHARMACIE LAYALI**  
**Docteur BOUABID Abdelhakim**  
**CHABBOUBA**  
**TEL: 05-22-32-42-30**

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

332 تجرئة نصر الله إقامة محمد  
الطابق الأول رقم 2 - رشيد