

# 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

M23-002982

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1428 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAABI Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr LAHLOU LAHRICHI Rajaa  
O.R.L.  
Bd Grande Ceinture H.M  
Casablanca - Tél. : 0522 60 18 94

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 3 / 2023

Nom et prénom du malade : BAABI Youssef Age :

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

Nature de la maladie : Infection ORL.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 : / /

Signature de : [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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/3/83         | ...               | ...                   | 307                             | Dr LAHLOU LAHRIEN Raza   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien  | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| Pharmacie ALOUATI<br>Boulevard Fouarat, Hay Mohammadi<br>Casablanca<br>Tél: 0522 60 18 94 | 22/3/83 | 40718                 |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

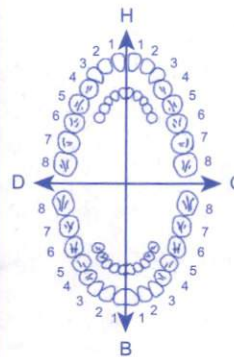
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|---|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  |  |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|   |  |                   |                     |             |                            |                       |
|   |  |                   |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|   |  |                   |                     |             |                            |                       |
|   |  |                   |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|   |  |                   |                     |             |                            |                       |
|   |  |                   |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |
|   |  |                   |                     |             |                            |                       |
|   |  |                   |                     |             |                            |                       |
|   |  |                   |                     |             |                            |                       |

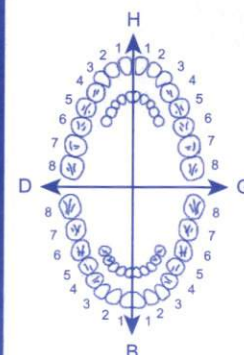
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

## (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Dr. LAHLOU LAHRICHI Rajaa

Spécialiste Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Bordeaux  
Maladies et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge  
Chirurgie de la Face et du Cou  
Ex-Médecin Chef de Service d'O.R.L.  
a L'Hôpital Mohamed V - Casablanca



الدكتورة لولو الحريشي رجا

حاصلة على شهادة الإختصاص  
من كلية الطب ببوردو  
أمراض و جراحة الأنف - الأذن - الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
رئيسة سابقا لمصلحة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة  
بمستشفى محمد الخامس - الدار البيضاء

Pharmacie ALOUATI  
Bd. Fouarat, Hay Mohammadi  
Casablanca  
Tél: 0522 60 18 94

Casablanca, le : 22.3.22

BAABI YOUSSEF -

1901 - Aelmax

1 mois

7812 - lous

1 mois

1 - lous

36 - Aigam des

096 - Pmics

1 - lous

Dr. LAHLOU LAHRICHI Rajaa  
O.R.L.  
Bd. Grande Ceinture H.M.  
Casablanca - Tél. : 0522 60 18 94

زاوية شارع الحزام الكبير (فوق التجاري وفا بنك) - الحي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 60 18 94

Angle Bd La Grande Ceinture (au dessus de Attijari wafa Bank) - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 60 18 94



(S.V.)

Dactarone gel

2.2/5

Dr. LAHLOU LAHRICHI Raïss  
Bd Grande Ceinture H.M  
Casablanca - Tél : 0522 60 18 94

Pharmacie ALOUATI  
Bd. Fouarat, Hay Mohammadi  
Casablanca  
Tél: 0522 60 10 11

Aeromax<sup>®</sup> 100µg/dose  
Flacon pulvérisateur



6 118001 110360

P V 36DH00  
PER 12/24  
LOT L3892



50,60  
↑

PPV 78DH20  
PER 12/24  
LOT L4180



PPV  
LOT  
PER

**Daktarin<sup>®</sup>**

Maphat  
Bd Alklima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00



6 118001 180745

