

# 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

- 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

M22- 0043166

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4543

Société :

(Reprise RAM)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KHAOUFI BOUCHARD

Date de naissance :

12-05-1960

Adresse :

240 R. AL JALANE SALINIER

Tél. :

0674370077

Total des frais engagés :

150 + 732 Dh

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27/03/2023

Nom et prénom du malade :

KHAOUFI BOUCHARD

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

28-03-23

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

es des	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
023	2	150	Dr ZOURGANE Fatima

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADILA-CASABLANCA Mlle FILALI GUENNOUN Ibtissam 226, Boulevard Al Jouf Salmia 2 - Casablanca Tél.: 05 22 38 01 47 ICE : 002115854000092 I.N.P.E : 092004506	27/03/23	732,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

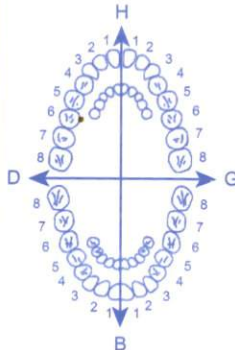
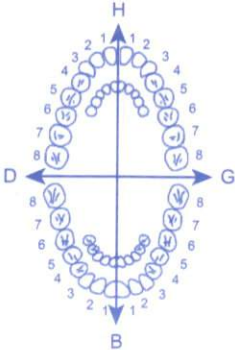
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
Dr ZOURGANE Fatima MEDECINE GENERALE 5, Av. Abdellatif S... MAY EL KRAH... I.N.P.E: 091143115	27/03/23	20	200

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. ZOURGANNE Fatima**  
**MEDECINE GÉNÉRALE**  
Certificat de Planification Familiale  
(D.I.U)

Ex. Médecin Chef du Centre  
de Santé Ibnou Tofail  
345, bd Abdellah Senhaji  
hay Elfarah, 1er étage  
Tél.: 05 22 81 15 02  
Casablanca


الدكتور زركان فاطمة  
الطب العام  
شهادة في تنظيم الأسرة  
(تركيب اللولب)  
الطبيبة الرئيسية سابقا للمركز  
الصحي ابن طفيل  
345, شارع عبد الله الصنهاجي  
حي الفرح - الطابق الأول  
هاتف: 05 22 81 15 02  
الدار البيضاء


Casablanca, le 27/13/2023 في الدار البيضاء،


KIFA Aoust Bouchail

124,00 x 2 14  1 sachet

248,00 1 sachet

185,00 24  2 sachets

45,30 37  1 bouffée

79,50 44  1 sachet

1 sachet



37,70  
a2  
75,40

13

~~Depo Neuro~~ <sup>15</sup> <sup>112</sup>

~~121/ser~~

99,00

64

~~oe of 200 (B20)~~

~~ibulecife~~

732,20

PPU 124DH00 LOT 26043 3  
EXP 09/2024

PPU 124DH00 LOT 19029 30  
EXP 08/2024

LOT: GB10607  
PER: 03/2024  
PPV: 185 DH 00

Lot 9P7E  
EXP 07-2024  
PPV 45,30 DH

LOT 104.801/FC7  
PER 04/2025  
PPC 79,50

GL0293  
02/2027  
P.P.V: 37DH70

GM3294  
04/2027  
P.P.V: 37DH70

LOT 211316  
EXP 04/2024  
PPV 99:00DH

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA  
Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam

226, Boulevard Al Jouhar  
Saline 2 - Casablanca

Tel: 05 22 38 07 47

KCE: 002115854000092  
N.P.E: 092004506