

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Declaration de Maladie

N° W21-826288

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10126 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 186366

Nom & Prénom : DADOUN HANAA

Date de naissance : 27/01/72

Adresse : 7, rue Stéphane Mallarmé CASA

Tél. : 06 61 24 66 19 Total des frais engagés : 772, 20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. LAABOUDI L.**  
Pneumologue  
Tél: 05 22 25 25 29  
ICE: 002191091000067  
INPE: 091022764

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.11.23

Nom et prénom du malade : DADOUN HANAA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection thoracique

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 : CASA

Le : 28/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/11/23        | CS                |                       | 3000h                           | INP : <input type="text"/><br>Dr. LAABOUDI L<br>Pneumologue<br>Tél: 05.22.25.25.25<br>ICE: 002.3109.0000<br>INPE: 0910.2764 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA CROIX D'OR<br>N. DADOUN<br>139, rue Abou Ishak el Marouani<br>CASABLANCA - Tél: 0522 25 03 77 | 28/11/23 | 472,20 =              |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

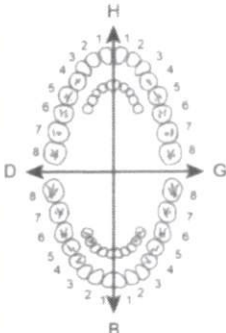
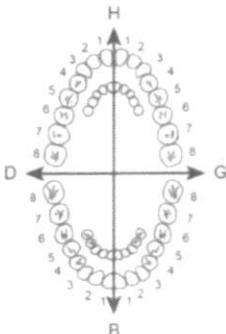
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|--|--|------------------|-------------|--|--|-------------------|--|-------------------|--|--------------|--|-------------------|--|---|--|--|
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000 G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             | H  |  | 25533412 21433552 |  | 00000000 00000000 |  | D 00000000 G |  | 35533411 11433553 |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  | 25533412 21433552  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  | 00000000 00000000  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  | D 00000000 G   |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  | 35533411 11433553  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  | B  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |                   |  |                   |  |              |  |                   |  |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Cabinet de Pneumologie

## عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de service Phthisiologie 20 An

Ancien responsable du programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

Spirométrie

الدكتورة لطيفة العبودي - البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمستشفى

20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

و أمراض الجهاز التنفسي بعمالة أنفا سابقا

السل - الضيق - الحساسية

Casablanca, le 28.11.23 في الدار البيضاء،

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR  
N. BADOON  
139, rue Abou Ishak Al Marouni (Maârif)  
CASABLANCA - Tél.: 0522 25 09 77

7<sup>me</sup> DADOUN  
/tanaw

84,50

1) Zetabek 1 boîte

1 / le soir  
318,70 (79,70 x 4)

2) Azik cp x 2boîtes  
4 cp/j

3) Zetabek 45  
1/2

4) Dole proven 1000  
1 cp x 2

Lot : 087  
À utiliser de  
préférence avant le : 02/2027  
PPC : 84,50 DH

PPV: 79DH70  
PER: 07/24  
LOT: K2111

ZINASKIN<sup>®</sup> 45 mg

PPV 400H90 EXP 07/2024  
LOT 15038 17

PPV: 14 DH00  
PER: 07 / 24  
LOT: K1 907

PPV: 14DH00  
PER: 07/24  
LOT: K1853

PPV:79DH70

PER:07/24

LOT:K2111

PPV:79DH70

PER:07/24

LOT:K2112

PPV:79DH70

PER:07/24

LOT:K2111