

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

- 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

M23-005764

196146

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0221 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve -
 Nom & Prénom : Bougheia Fatima
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0663 139459 Total des frais engagés :
 MUPRAS
 22 FEB. 2024
 ACCUEIL
 A. AARIA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Loubna Kabbaj
 Médecine Générale
 Abdelmoumen Center, Angle Rd Buresun 09
 et Rd Anoual, Etg 1 Buresun 09
 Tél : 05 22 80 14 90
 Email : L.kabbaj@hotmail.fr
 Date de consultation : 25/2/2024
 Nom et prénom du malade : A. AARIA Fatima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

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
05/12/2012			210	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/02/2024	883,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

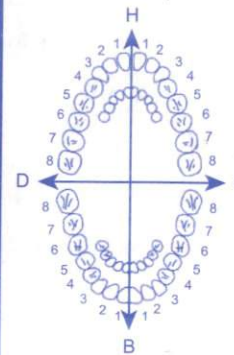
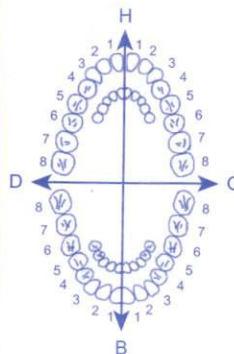
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) 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

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

لدكتورة لبنى قباچ

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

- طبيبة مستعجلات بمصلحة درب غلف المتعددة التخصصات للضمان الإجتماعي سابقا
- دبلوم جامعي في مرض السكري كلية الطب مونتبولي
- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم كلية الطب ستراسبورغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 05/02/2024 الدار البيضاء في

MME MOUMNY FATIMA

- cefico 200 mg - Comprimé **ou OFIKEN**
1 Comprimé, matin, soir pour 14 jours
- Ineso 20 mg - Comprimé
1 Comprimé, matin soir pendant 14 jours
- Eraxin 500 mg - comprimé
1 Comprimé, matin et soir pendnat 14jours
- Ison 20 mg - comprimé
1 Comprimé, matin pendnat 14 jours
- bicarbonate de soude
2 cuillère a soup dans 250 ml
- Zepam 6 mg - comprimé
1/2 Comprimé, soir pendant 3 mois

eviter viande rouge, volaille, oeufs, produits laitiers pendant 14 jours

صيدلية بوركوب
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA AZIZ Halima
341, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 27 73 44

Dr Loubna KABBAJ
Médecine Générale
Abdelmoumen Center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual
1er étage, bureau 109
Bd Anoual 109 - Casablanca
Tél : 05 22 86 14 93
E-mail: Lkabbaj@hotmail.fr

05 22 86 14 93
drkabbaj@hotmail.com

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual
1er étage, bureau 109 - Casablanca

Patente 34700377 - ICE : 001619698000022

05 22 86 14 93
drkabbaj@hotmail.com

مجمع عبد المومن، زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال الطابق الأول
الرقم 109 الدار البيضاء

LOT 232295 1

EXP 07 2028

PPV 45 80

20 ملغ
20 قرصا قابل للتكسير
عن طريق الفم

إيزون
بريد نيزون

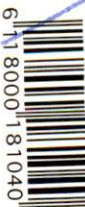


ISONE 20 mg
20 comprimés sécables



6 118000 020028

Eraxin® 500 mg
levofloxacin
7 Comprimés pelliculés



6 118000 181040

PPV : 112,00
LOT :
PER :

LOT 232815
EXP 09 25
PPV 170.00 D

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

OFIKEN® 200 mg
Céfixime
Boîte de 16 comprimés



6 118000 022343

LOT 231962 1
EXP 05 25

P.P.V : 97.90 D
LABORATOIRES SOTHE

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

Ofiken® 200 mg
Céfixime
Boîte de 8 comprimés-pelliculés



6 118000 022336

Eraxin® 500 mg
levofloxacin
10 Comprimés pelliculés



6 118000 181057

PPV : 139,50
LOT :
PER :

Zepam® 6 mg
bromazepam

30 comprimés bâtonnets
quadriscabes



6 118000 040873

PPV: 34DH70

PER: 11/26

LOT: M3853

Zepam® 6 mg
bromazepam

30 comprimés bâtonnets
quadriscabes



6 118000 040873

PPV: 34DH70

PER: 11/26

LOT: M3853

LOT: M0960
PER: 02/2015
PPV: 139,00DH

Ineso 20 mg
28 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410447