

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041532

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1067 Société : Retraite RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ADARI LARBI

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : 18 Résidence ENNAIM 2 - Oudad Taleb - Ain Chock, CASABLANCA

Tél. 06 10 20 51 14 Total des frais engagés : 1500 + 220480 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. BOUSSOUF  
Médecine Générale  
Echographie - Nutrition  
306, Bd. El Qods Appt. 1 Ain Chock  
Casablanca - Tél : 05 22 87 27 74

Dr. Amal BOUSSOUF  
Médecine Générale  
Echographie - Nutrition  
306, Bd. El Qods Appt. 1 Ain Chock  
Casablanca - Tél : 05 22 87 27 74

Date de consultation : 18/02/2020

Nom et prénom du malade : M. ADARI LARBI

Age : 76 an

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HPA - Diabète - Hypertension - Cholestérol

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 : 18/02/2020

Le : 18/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :





# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/02/2020      | C                 | C                     | 11500H                          | Dr. Amal BOUSSOU<br>Médecine Générale<br>Echographie Nutrition<br>Bd. El Qoudi Ain Chock<br>Casablanca - Tél: 0522-87 2774 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Achir<br>01 Bd El Qoudi<br>Mandara Rue 14<br>Casa<br>05 27 52 82 53 | 18/02/20 | 2204.90               |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 :

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

| 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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>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

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie  
Nutrition-Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale - ECG

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التفزة)  
التغذية. تخطيط القلب. الحمية (ريجيم)

طب النساء

Tel: 2204.80

ORDONNANCE

Casablanca, le

18/10/2020

دار البيضاء، في

Mrs ABARILARA

98,90x3

Amor 10g

68,90x3

Flu 2g

196,00x3

Crastor 5mg

95,50

Phag 200g

120,70

Acic 1g

P.P.V.

98,90

P.P.V.

98,90

P.P.V.

98,90

68,90

68,90

68,90

Lot Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crastor 5mg cp pell b30  
P.P.V.: 196,20 DH

Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crastor 5mg cp pell b30  
P.P.V.: 196,20 DH

PPV: 95DH50  
PER: 05/20  
LOT: 62122-2

LOT: 067-1  
PER: SEP 2020  
PPV: 120 DH

806, Bd El Qods - الطابق الأول الشقة 2 - حي منظرنا - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 87 27 74

806, Bd El Qods - 1er Etage Appt 2 - Hay Mandarouna - Ain Chock - Tél.: 05 22 87 27 74



- August 1st  
 138,30  
 29 a 2108  
 18 a 31 2 hay 10g  
 115,00 AUAME  
 2 pulu 1 km 1/2  
 31,50 x 4  
 2 y 10 10 2000  
 62,50 x 3  
 34,00 x 3  
 47,90  
 134,80  
 2204,20

PPV: 138,30 DH  
 LOT: 612484  
 PER: 10/20

LOT : 6949  
 UT AV : 07-23  
 P.P.V : 45 DH 90

Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV : 115,00 DH  
 6 118001 142262

LOT 191665  
 EXP 07 2023  
 PPV 31,30 31,30

LOT 191666  
 EXP 07 2023  
 PPV 31,30 31,30

LOT 191418  
 EXP 06 2023  
 PPV 31,30 31,30

LOT 191664  
 EXP 07 2023  
 PPV 31,30 31,30

LOT 191270  
 EXP 05 2022  
 PPV 62,50 62,50

LOT 191278  
 EXP 05 2022  
 PPV 62,50 62,50

LOT 191281  
 EXP 05 2022  
 PPV 62,50 62,50

LOT 191282  
 EXP 05 2022  
 PPV 62,50 62,50

PPV  
 34DH00

LOT: 06219004  
 PER: 01-2024  
 PPU: 47,90 DH

Dr. Ahmed BOUSSET  
 Médecin Généraliste  
 Echographie Nutrition  
 W/O. Bt. El Aouda  
 Casablanca 05 42 81 27 74

LOT 191663  
 EXP 07 2023  
 PPV 134,80 134,80