

# 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.

## Éducation :

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

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 79 18 - www.n.mupras.com



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0035446

ND=30096

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FERRATI Abdelhadi

Date de naissance : 01.01.54

Adresse : 67 MA BROUKA 99 Marrakech

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 475,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellatif BOUSTA  
Pneumologue - Allergologue  
183, Av. Med V - Marrakech  
Tél : 05 24 43 33 57  
INP : 068930160

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KRIS AMINA Age : 57

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

Nature de la maladie : Allergie saisonnière

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 : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035446

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2504

Nom de l'adhérent(e) : FERRATI

Total des frais engagés : 475,30

Date de dépôt :



# 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
31 MARS 2020	G	1	30000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

B

31/03/2020

175,20

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

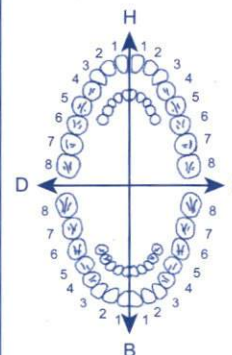
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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

H

25533412  
00000000

21433552  
00000000

D

00000000  
35533411

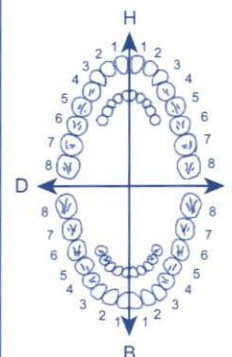
G

00000000  
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

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Docteur Abdellatif BOUSTA

PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

C.E.S. PNEUMOPHTISIOLOGIE

D.U. IMMUNOLOGIE - ALLERGOLOGIE

D.U. OXYOLOGIE - MEDECINE DES URGENCES

C.E.S BIOLOGIE - MEDECINE DU SPORT

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE TOULOUSE

Ancien Médecin - Chef de l'hôpital ERRAZZI

MARRAKECH

الدكتور عبد اللطيف بوستة

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق - أمراض الحساسية و المناعة

اختصاصي في الطب الرياضي

الطب الإستعجالي

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى الرازي

مراكش

Marrakech , le 3.1 MARS 2020 مراكش , في

17 5,30

Après K A I D Amina

u4,00

Pharmacie les Cypres  
N° 127 Loc. 101  
Marrakech 30000  
Tel : 05 24 43 02 04

A la z =

up le sm  
عند العشاء

30g / 11,50 Avamys =

1 x 2

D o gmatil = sup -

16,30

1 < a souf le

= sou =

عند العشاء

Dr. Abdellatif BOUSTA

Pneumologue - Allergologue

183, Av. Med V - Marrakech

Tél : 05 24 43 33 57

INP : 068930160

شارع محمد الخامس، عمارة 183 الطابق الأول - مراكش - الهاتف : 05 24 43 33 57 / الفاكس : 05 24 43 99 75

183, Av. Mohamed V, 1<sup>er</sup> étage - Marrakech - Tél : 05 24 43 33 57 / Fax : 05 24 43 99 75 / INP : 068930160

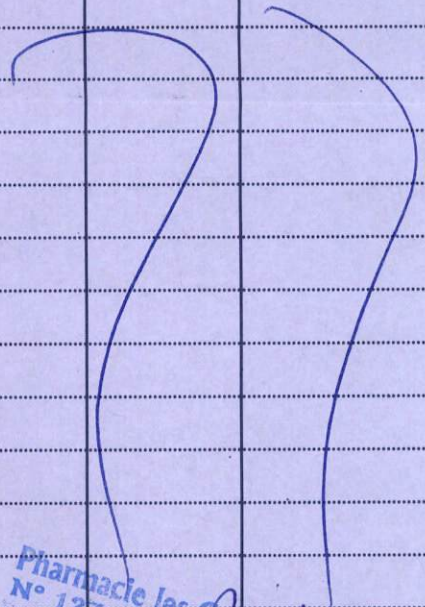


Pharmacie les Cypres  
N° 127, Lot Mabrouka  
Marrakach  
Tél : 05 24 43 02 03

..... Le .....

Facture 0003310

M: Idriss Amino

Quantité	Désignation	P. Unit	P. Total
1	Alez 2	44,00	44,00
1	Swamy	115,00	115,00
1	Day nutil	16,30	16,30
			
			175,30

Pharmacie les Cypres  
N° 127, Lot Mabrouka  
Marrakach  
Tél : 05 24 43 02 03

125 ml  
à la saccharine sodique  
LOT : 191559  
UT AV: 10/2022  
H000,44,00H

SANS SUCRE

ogmatil®  
5g/100ml

Dogmatil® 0,5 g/100 ml

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TAB

*Handwritten signature*

PER.: 11 2021  
LOT : 19E003



P.P.V : 16DH30

DOGMATIL 0,5g/100ML  
SOL BUV FL 125ML



sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ  
20250 Casablanca



14 x 10

ALER-Z® 10mg  
14 comprimés pelliculés sécables



COOPER

مدة صلاحية  
عدد الحبوب  
رقم الإنتاج

France  
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115,00 DH



ID : 637121

6