

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## entaire :

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- 068483

ND: 38927

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7273 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEHATORA Nour Edine

Date de naissance : 07/07/1987

Adresse : Rue 43 No 2025

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : Nour Edine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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) :

*[Signature]*



# 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
16/06/20	C		200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution	Date	Montant des Honoraires
	16/06/20	

# 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
		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 canalaires, ainsi que le bilan

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient des Travaux
			Montants des Soins
			Debut d'exécution
			Fin d'exécution

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H		G
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
		B	
[Création, remont, adjonction]			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

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 Ghalef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-Universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

الدكتورة لبنى قباچ

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

- طبية مستعجلات بمصحة 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 : ..... 16/06/2020 ..... في : الدار البيضاء

MME ZANZANE DAHBIYA

- vit d3 bon 200.000 ui - ampoule  
1 ampoule/ mois pendant 3 mois
- Amian - Comprimé  
1 comprimé le soir pendant 15 jours
- Dulastan - comprimé  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant ,10 jours
- Polery - sirop  
1 cuillère, matin, midi, soir, pendant 6 jour
- Mebeverine forte 135 mg - comprimé pelliculé  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 6jours
- Voltarene 100 mg - suppositoire  
1 suppositoire, soir, pendant 10 jours

Doligrippe - sachet

1 sachet, matin, midi, soir, pendant 3 jours

**PHARMACIE GHALLEF**  
Mme. EL KADRI AGUEDACH Leila  
Docteur en Pharmacie  
121, Rue Jabir Ansari,  
Derb Ghalef - Casablanca  
Tél : 05 22 25 28 51

Dr Loubna KABBAJ  
Médecine générale  
Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual, Etage 1 bureau 109  
Tél : 0522661493  
E-mail: l.kabbaj@hotmail.fr

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

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

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

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



**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg **دولاستان**  
Boîte de 20 comprimés علبه من 20 قرصا

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

LOT:526  
PER:1122  
PPV:23.90DH

37,00

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

LOT:522  
PER:1022  
PPV:23.90DH

PPV:20DH00  
PER:0123  
LOT:1068

**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg **دولاستان**  
Boîte de 20 comprimés علبه من 20 قرصا

37,00

59,50



0 7 0  
4 2 5  
6 0 6 7 0  
9 5 8 0 1  
A P V  
6 0 3 7  
1 0 7

LOT: M19035  
EXP: FEB 2023  
PPV: 52,00 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH