

## 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 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

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

N° W19-421035

ND: 22178

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8106 Société : 23695

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDBIHI LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2335 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. EL ATOUANI  
Médicine Générale  
73, Lot Hamza Sidi Maat  
Casablanca, Tél. 0522.31.00.00

Date de consultation : 27/04/2020

Nom et prénom du malade : IDBIHI LATIFA Age :

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

Nature de la maladie : Anté allergique - physiologique - Toux

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) : IDBIHI



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
27/12/20	c		1500,11	INP : 031218578
27/12/20	actes		6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
	27/12/2020	314,70
	03/03/2020	179,00

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

LOT 191576

EXP 06 2023

PPV 90 50

LOT 063989/FCI  
10/2022 PPC 79.50

65,00

# ORDONNANCE

EL ATOUANI Hind  
Médecine Générale  
70 Lot Hamza Sidi Maarouf  
Casablanca Tél: 0522.32.13.15

Le: 27/04/2020

Prescrite par LATIFA 100 BMI

80,50

xyz

1/1

79,70

1/1

65,00

3/1

79,50

1/1

314,70

1/1

PHARMACIE MANDARONA  
CASABLANCA SARL AU  
BLOC ENNAKHIL  
Sidi Ma

79,70

PPV 79DH70  
PER 09/22  
LOT 1215



EL ATOUANI Hind  
Médecine Générale  
70 Lot Hamza Sidi Maarouf  
Casablanca Tél: 0522.32.13.15



NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc

**ENROUEX®**

Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre

LOT 19291/FC7  
10/2022 PPC 42,80

Propriétés :

ENROUEX est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires.

Litho Typo

## ORDONNANCE

Le: 23/03/2020

DR. EL ATOUANI Hind  
Medecine Générale  
73, Lot Hamza Sidi Maarouf  
Casablanca. Tél: 0522.32.13.15

Dr. IBRAHIM LATIFA

136,20 "Nasonex"  
2x1 spray/morning

42,80 "Enrouex"

31x

DR. EL ATOUANI Hind  
Medecine Générale  
73, Lot Hamza Sidi Maarouf  
Casablanca. Tél: 0522.32.13.15

01561



DR. IBRAHIM LATIFA  
Medecine Générale  
73, Lot Hamza Sidi Maarouf  
Casablanca. Tél: 022.33.56.99