

## 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.

### Pathologie 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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)

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

ND: 31414

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0001401

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed Date de naissance : 07.01.1943

Adresse : Rés. Al Wiam Im. 12 N°7 98179 Casablanca

Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 981,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3 / 4 / 20

Nom et prénom du malade : MARNISSI Ahmed Age : 77

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

Nature de la maladie : St Leucémie - Surt

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 : 20.04.20 Le : 3 / 4 / 20

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31/4/20         |                   |                       | 2000                            |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 03/04/2020 | 581,70                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date   | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|--------|------------------------------|------------------------|
|   | 3.4.20 | 17                           | 2000                   |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

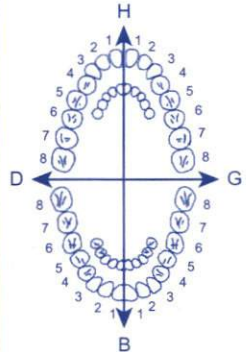
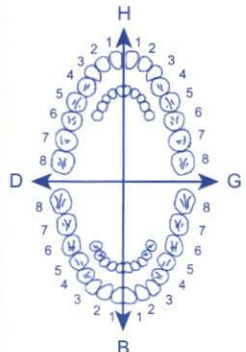
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

| 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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



# Dr. KABBAJ Said

**Spécialiste des Maladies  
Respiratoires et Allergiques**  
Asthme - Tuberculose - Tabagisme  
Endoscopie Bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Enfants & Adultes



# الدكتور قباچ سعيد

**اختصاصي في الأمراض  
التنفسية و الحساسية**  
الربو - داء السل - التدخين  
التنظير القصبي - الوظيفة التنفسية  
للکبار و الصغار

Casablanca, le 3 . 4 . 20 : الدار البيضاء، في

MARSEES Alind

115.00 1/ Tawane

115.90 2/ ECochem 1p

65.10 3/ ultroleus

34.70 4/ pectyl 3p

22.00 5/ cluster 10g

15.00 6/ paimel 18ef

47.80 7/ Anser





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

136,20  
581,20



nasorex 136  
1 pulvérisation

DR. SAÏD KABBAJ  
Pneumologue  
Allergologue  
Tel: 022 22 48 49 /  
Fax: 022 22 41 94  
64, Rue Meï. Sedki  
Casablanca 20882

PPV: 47,80  
EXP:  
Lot N°:

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 600mg cp pel b5  
P.P.V: 145,00 DH



PPV 34DH70 EXP 12/2022  
LOT 90052 6

**PECTRYL®**

SIROP EXPECTORANT  
EXPECTORANT SYRUP

250 ml

**PARANTAL® 1g**

PPV 15DH00  
EXP 09/2022  
LOT 55027 3

Lot N°: 19047 10/21  
Exp:  
PPV: 115DH90

413 03 2019 03/2022  
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

22,00



# Dr. KABBAJ Said

Spécialiste des Maladies  
Respiratoires et Allergiques  
Asthme - Tuberculose - Tabagisme  
Endoscopie Bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Enfants & Adultes



# الدكتور قباچ سعيد

اختصاصي في الأمراض  
التنفسية و الحساسية  
الربو - داء السل - التدخين  
التنظير القصبي - الوظيفة التنفسية  
للکبار و الصغار

Casablanca, le 3.4.20 : الدار البيضاء، في :

M ARNOS' Ahmed

Capté Rendu de  
le Radiologie

Nous facture

71 = 200 ds

Dr. Said Kabbaj  
Pneumologue - Allergologue  
64, Rue Med Sedki - 2ème Etage - Bd. Ziraoui, Casablanca - Tél : 05 22 20 90 64 / 05 22 22 48 49 - Fax : 05 22 47 07 14 - GSM : 06 61 33 18 64  
E-mail : drkabbaj@hotmail.fr