

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.

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.

Prothèse :

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W 19-558819
39318

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUDER LAHSEN

Date de naissance : 15-06-1952

Adresse : 7105 Hôpital des Lauriers

Tél. : 066176147 Total des frais engagés : 800,00 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre Interne de
PNEUMOLOGIE ALLERGIES
RESPIRATOIRES
45, Av Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 22 10 94 Fax: 0522 22 13 94

Date de consultation : 12-08-2020

Nom et prénom du malade : HOUDER Amin

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

Nature de la maladie : Bronchite

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

IUPRAS 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.

PRAS : 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nos des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20	C2		2700DH	
21	QK15		6700DH	

[illegible][illegible][illegible]

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

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																								
				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

عيادة أمراض الصدر والحساسية

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE RESPIRATOIRE

Docteur M. ZIZI

Titulaire du CES de Pneumo-Phtisologie
de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société de Pneumologie
de Langue Française

Membre de la Société Française d'Allergologie

Lauréat et Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme - Allergies

Troubles Respiratoires du Sommeil (Ronflement)

E.F.R. Tests Allergologiques

Fibroscopie Bronchique

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور محمد الزيزي

خريج ممتاز من كلية الطب بباريس
حائز على شهادة أمراض الجهاز التنفسي

عضو الجمعية الفرنسية
لأمراض الصدر والحساسية

طبيب سابقاً في مستشفيات باريس

45، محج الحسن الثاني - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 22 10 94

الفاكس : 0522 22 13 94

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 12 AOUT 2020 في الدار البيضاء،

Site Web : cabinetdrzizi.com
HOUDEIR AMINA

P 64 Kg TA 130/80

107.40

- 1) Nasacort
1 pulverisation nasale matin et soir

90.50

- 2) Xyzall5
1c le soir au coucher

40.90

- 3) Anapred 20
1 c matin et soir pendant 03j

Traitement pour 10 j à ne renouveler que sur avis médical

238.80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Nasacort 55 µg spray b1 n

P.P.V : 107,40

6 118001 080816

LOT 201087

EXP 04 2024

PPV 90 50

LOT : M0327

PER : 01/2023

PPV : 40,90DH

PHARMACIE DEL
DU GR
45, AVEN
Tél: ICE: 0

-CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGIES RESPIRATOIRES

DOCTEUR ZIZI: MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE D'ALLERGOLOGIE

BILAN ALLERGOLOGIQUE

NOM: **BOUDEZ**
PRENOM: **Amin**
PROFESSION:
ADRESSE:

Née le :
SEXE:

HABITAT

Aération:
Moquette:
Tapis:
Chat:
Chien:
Oiseaux:

Plantes:
Tabagisme Actif
Tabagisme passif

**ANTECEDENTS PERSONNELS
ALLERGIQUES**

I Rhinite:
I Ashme:
I Eczéma:
I Urticaire:
I Allergie Médicamenteuse:
I Toux spasmodique
Oppression thoracique

I
I
I ANTECEDENTS FAMILIAUX
I
I

AUTRES:

AGE DE DEBUT

SCORE

Eternuements
Ecoulement
Obstruction
Prurit
Odorat

DEBIT DE POINTE

TESTS CUTANES

- Témoin négatif
- Témoin positif
- Poussière de maison
- Plume

Dermatopté
D farinae
Chat
Chien

Moisissures I
Moisissures II
" III
" IV
Candida

5 Graminées
4 Céréales
Arbres
Olivier

CONCLUSION

ALLERGIE AUX POUSSIÈRES ET ACARIENS

Docteur M. ZIZI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
PNEUMOLOGIE - ALLERGIES
45, Av Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94