

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie chronique :

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 78 18 - www.mupras.com



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 068744

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 303 Société : S3749

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAKKAL LARSEN

Date de naissance : 1938/06/18

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : BAKKAL LARSEN Age :

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

Nature de la maladie : Affection Spatiale

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-068744

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
09/09/2020		2	2500 DA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	09/09/2020	221460

# 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	

VOLET ADHERENT

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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l

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 CCOEFFICIENT 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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EX

# Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - ptisiologue

*Maladies Respiratoires et Allergiques*

Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة عمراني حنشي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي  
الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le

09-09-2020

الدار البيضاء، في

**REVEAL SARL**  
**PHARMACIE CHIFA**  
**EL TAHIRI - SSANI**

10 Ave. Mohammed VI  
Sous-sol - Casablanca  
Tél : 0522 89 15 04

Mr. BAKKAL

21800 x 2

43600

① Roche 200

180000 x 21 x 3m

57100 x 3

171300

② spirira

1280 x 2

10560

③ Roche 200

1280 x 2

25460

④

Promax

1280 x 2

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo - ptisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, Groupe H25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 89 02 02



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 218.00 DH  
ID : 639026  
6 118001 141876

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 218.00 DH  
ID : 639026  
6 118001 141876

Spiriva®

غرام

RESPECTER L

صوفة

6 118001 040216

SPIRIVA 18 µg ○  
(Tiotropium)

Poudre pour inhalation

30 gélules + Inhalateur Handihaler

BOTTU S.A.

PPV : 571 DH 00

68696-04

6 118001 040216

SPIRIVA 18 µg ○  
(Tiotropium)

Poudre pour inhalation

30 gélules + Inhalateur Handihaler

BOTTU S.A.

PPV : 571 DH 00

68696-04

6 118001 040216

SPIRIVA 18 µg ○  
(Tiotropium)

Poudre pour inhalation

30 gélules + Inhalateur Handihaler

BOTTU S.A.

PPV : 571 DH 00

68696-04

LOT 191340  
EXP 04/2022  
PPV 52.80 DH

LOT 191740  
EXP 07/2022  
PPV 52.80 DH

# Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phthisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Ronflement et Apnées du Sommeil

**Adultes et Enfants**

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة عمر لفي حنّتي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le

09.09.2022 الدار البيضاء

## FACTURE

Nom & Prénom :

BAKKAL Lahcen

Consultation :

250 DH

Radio Thorax :

EF Resp :

Tests Cutanés :

Nébilisation :

150 DH

Total :

400 DH

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 89 02 02