

# 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

M22- 0058163

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société : 159839

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08 02 1962 Casa

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAY TILILA AGADI'R

Tél. : 0667122441 Total des frais engagés : 375,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Naima Bouhacen Age :

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

Nature de la maladie : Douleur Thoracique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC 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) :



# 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
12.04.2023	ECG		200.00	
12.04.2023	ECG		100.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.04.2023	75,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

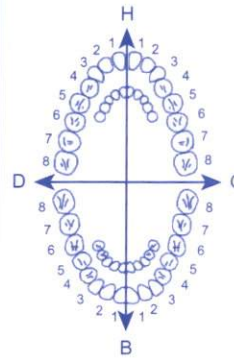
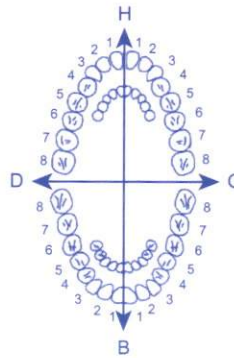
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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.

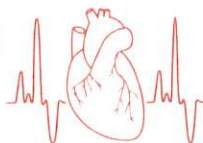
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Hafida BOUGRINI**

Cardiologue  
Pour adultes et enfants



- Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech et Marseille (France)
- Ancien médecin à l'hôpital princesse Grace à Monaco

**الدكتورة حفيظة بوغريني**

أخصائية في أمراض القلب والشرابين  
للکبار والصغار

- خريجة كلية الطب والصيدلة

بمراكش ومرسيليا (فرنسا)

- طبيبة سابقا في مستشفى الأميرة كراس بموناكو

Agadir, le

26/04/2023

Mr./Mme :

NAIHA Bouhaya

75,00

1 - Cymag Sommeil

2 cp le soir

Lot / Batch n° :

Exp. date :

22425  
06/24  
75,00

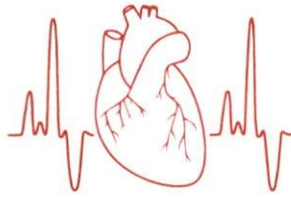
PPC (DH) :

صيدلية اخمدال  
**Pharmacie AGDAL**  
Dr. EL IRAKI Zineb  
Lot. Taha Imm. Agdal Rue Ghazza  
N° 147 Tél: 0528285520

042069013

**Dr. Hafida BOUGRINI**  
Cardiologue

Av. Hassan 1er Imm. Guedira 2ème Etage  
N° 8-9 Massira - AGADIR  
Tél: 05 28 22 14 07 - GSM: 06 49 41 90 72



**Dr. Hafida BOUGRINI**

**Cardiologue**

Pour adultes et enfants

**الدكتورة حفيظة بوغريني**

أخصائية في أمراض القلب والشرابيين  
لل كبار والصغار

**Note d'honoraire**

26/04/2023  
Dr. BOUGRINI HAFIDA  
Spécialiste des Maladies  
Cardiaques et Vasculaires  
T.P: 48100123 041193608

Identification :

Nom et Prénom : **BOUHOU NAIMA**

Désignation	Montant
CONSULTATION	200,00
ECG	100,00
<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Arrêter la Présente Note à la somme de : Trois cents dhs (300,00)

Dr. BOUGRINI HAFIDA  
Spécialiste des Maladies  
Cardiaques et Vasculaires  
T.P: 48100123 041193608



Av. Hassan 1er Imm. Guedira 2ème étage N° 8 - 9 Massira - AGADIR

Tél.: 05 28 22 14 07 - Gsm: 06 49 41 90 72 - E-mail: dr.bougrini.cardiologue@gmail.com



Nom :bouhou naima

Cli No.:

Sex:femell

Age:43A

SN:0007440

Section:

CaseNo.:

Lit No:

Date:26/04/2023 17:23:53



Fréquence:	1000Hz	QT Interval:	--
Temps d'écha	8s	QTc Interval:	--
FC:	83bpm	P Axis:	--
P Interval:	--	QRS Axis:	--
QRS Interval:	--	T Axis:	--
T Interval:	--	RV5/SV1	--/--mV
PR Interval:	--	RV5+SV1	--

Prompt:

**Dr. Mafida BOUGRINI**  
Cardiologue  
Av. Hassan Ier km. Guedira 2ème Etage  
N. Guedira - ACADIK  
Tél: 05 28 22 14 07 GSM: 06 49 41 90 72

Docteur: