

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



Déclaration de Maladie

M22- 0050588

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6985 HIRCHI Société : BOUCHAIB
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance : 17/03/25
 Adresse : 066 2131992
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04/09/2023
 Nom et prénom du malade : Housseine Bouchaib Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050588

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
04/09/23		a	30 d	
		f	4 d	
18/09/23		2m	20 d	
		a	20 d	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/09/23	702.30
	18/09/23	234.00

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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</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	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) 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 Loubna Outalha

Spécialiste des maladies respiratoires et des allergies

Asthme - Allergies (Adulte et Enfants) - Tuberculose et
Infections respiratoires - Aide au sevrage Tabagique
Explorations Fonctionnelles Respiratoires
Endoscopie Bronchique
Pathologies respiratoires du sommeil



الدكتورة لبنى وطلحة

اختصاصية في الأمراض الصدرية والحساسية

الربو - الحساسية (بالعين و الأطفال) - السل - التعفنات الصدرية
المساعدة على الإقلاع عن التدخين
التحليل الوظيفي التنفسي
المنظار الداخلي الرئوي
أمراض التنفس المتعلقة بالنوم

Kénitra, Le

04/09/23

Dr. Bekchraib Hachmi

522.00

1) Spiriva Handihaler

18g pilt 1 mois

135.00

2) Rinoclenil Sp Nasal

npv x 21g Inhaler pilt

45.30

3) Babruat spray

83 x 41g pilt 4g pour 1 mois

702.30



6 118001 0403 16
SPIRIVA 18 µg
(Tiotropium)
Poudre pour inhalation
30 gélules + Inhalateur Handihaler
BOTTU S.A.
PPV: 522 DH 00

Rinoclenil 100µg

Suspension pour pulvérisation nasale

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

P.P.V. 135DH00

0108009466/01

Lot n°: 008T033A

Pér.: 02-2026

Médicament autorisé
N°: 132/19/DMP/21/NRQDNM

P.P.V: 45 DH 30



LOUBNA OUTALHA

Pneumo-Phrénologue
Allergologue

102 av Mohammed V Bui 31 Kénitra

103, شارع محمد الخامس (قبالة النافورة) مكتب 31, القنيطرة - الهاتف : 05 37 39 55 15 - البريد الإلكتروني: loubnnapneumo@yahoo.fr

403, Av Mohammed V (en face Nafora) Bureau 31, Kénitra - Tél: 05 37 39 55 15 / E-mail: loubnnapneumo@yahoo.fr

Dr Loubna Outalha

Spécialiste des maladies respiratoires et des allergies

Asthme - Allergies (Adulte et Enfants) - Tuberculose et
Infections respiratoires - Aide au sevrage Tabagique
Explorations Fonctionnelles Respiratoires
Endoscopie Bronchique
Pathologies respiratoires du sommeil



الدكتورة لبنى وطلحة

اختصاصية في الأمراض الصدرية والحساسية

الربو - الحساسية (بالعين والأطفال) - السل - التعقيدات الصدرية
المساعدة على الإقلاع عن التدخين
التحليل الوظيفي التنفسي
المنظار الداخلي الرئوي
أمراض التنفس المتعلقة بالنوم

Kénitra, Le 18 19 23 : القنيطرة

No Bon chail Morchi

78,00 x 3

1) C-Ferme



40/0

3000 23 mks

234.00

صيدلية ميمن
MOSAS
Parapharmacie
Pharmacie - Kénitra
460, Bd Mohammed V
Tél 0537374523 / Fax 0537373495
IN PE 052042736

DR. LOUBNA OUTALHA
Pneumo-Phtisiologue
Allergologue
403, Av. Mohammed V, Bur 31 - Kénitra

N° CE : 20231907744/MAV

P.P.C : 78 Dhs

Lot : 23AN3

Exp : 06/2026

N° CE : 20231907744/MAV

P.P.C : 78 Dhs

Lot : 23AN3

Exp : 06/2026

N° CE : 20231907744/MAV

P.P.C : 78 Dhs

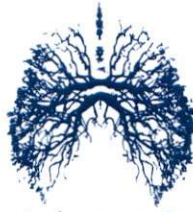
Lot : 23AN3

Exp : 06/2026

Dr Loubna Outalha

Spécialiste des maladies respiratoires et des allergies

Asthme - Allergies (Adulte et Enfants) - Tuberculose et
Infections respiratoires - Aide au sevrage Tabagique
Explorations Fonctionnelles Respiratoires
Endoscopie Bronchique
Pathologies respiratoires du sommeil



الدكتورة لبنى وطلحة

اختصاصية في الأمراض الصدرية والحساسية

الربو - الحساسية (بالعين و الأطفال) - السل - التعققات الصدرية
المساعدة على الإقلاع عن التدخين
التحليل الوظيفي التنفسي
المنظار الداخلي الرئوي
أمراض التنفس المتعلقة بالنوم

Kénitra, Le

القنيطرة :

Dr. Bouchicaal furdou

~~DR. LOUBNA OUTALHA~~
Pneumo-Physiologue
Allergologue
403, Av. Mohammed V, Bur. 31 - Kénitra

~~Few huerme~~

~~DR. LOUBNA OUTALHA~~
Pneumo-Physiologue
Allergologue
403, Av. Mohammed V, Bur. 31 - Kénitra