

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12854

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MAJDAOUI

Aziza

Date de naissance : 07/09/86

Adresse : 34 Bd aouda oum Rbici

Marjola

Tél. : 06 61 31 94 05 Total des frais engagés : 523,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HIND BAKKAL  
Pneumo-Phtisio-Allergologie  
193, Boulevard Oum Rabia Oulfa  
3ème Etage App. 8 Casablanca  
Tel. 06 63 20 44 92

Date de consultation : 20/02/2021

Nom et prénom du malade : El Majdaoui Aziza Age :

Lien de parenté : Mère

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection respiratoire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : B ADOUZEL

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.

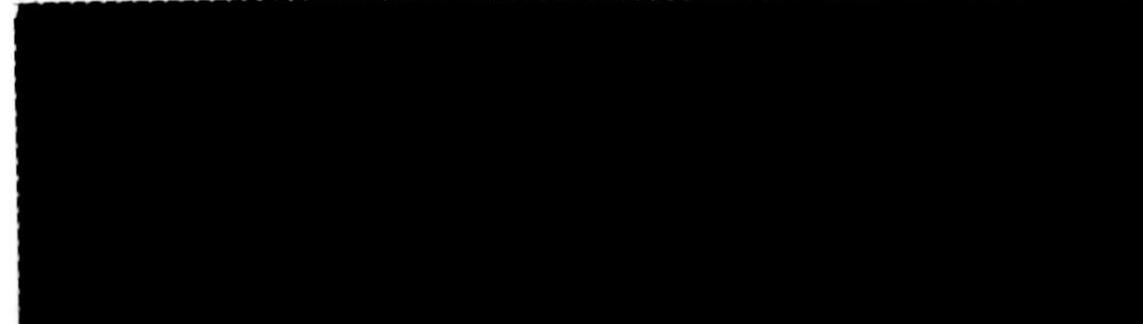
Fait à : Casablanca Le : 16/02/24

Signature de l'adhérent(e) : *El Majdaoui Aziza*

MUPRAS

Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## RELEVE 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                                              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/01/2022      | 8024              | 01 300 00             | Dr. H.H.I. BAIKAL<br>Oumou Musu-Allerba<br>Boule Card Oum Rabia<br>Flair 401 a Casablanca<br>06 63 20 44 92 | Dr. H.H.I. BAIKAL<br>Oumou Musu-Allerba<br>Boule Card Oum Rabia<br>Flair 401 a Casablanca<br>06 63 20 44 92 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Reçu du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                               | Date       | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| <b>Dr. TIR Abdelaziz</b><br>58, Route Mly Thami Hay Hassam<br>Tél: 0522 90 21 67 Casa | 12/02/2024 | 223,60                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                               | Nature des Soins          | Coefficient               |                         |
|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
|                              |                                              |                           |                           | Coefficient des travaux |
|                              |                                              |                           |                           | Montants des soins      |
|                              |                                              |                           |                           | Début d'exécution       |
|                              |                                              |                           |                           | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                           |                           |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000                    | G<br>21433552<br>00000000 | B<br>35533411<br>00000000 | Coefficient des travaux |
|                              | D                                            |                           |                           | Montants des soins      |
|                              |                                              |                           |                           | Date du devis           |
|                              |                                              |                           |                           | Date de l'exécution     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Hind BAKKAL

Spécialiste en Pneumo-Phtisio-Allergologie

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie Casablanca

Asthme - Tuberculose - Allergie

Bronchoscopie

Tests cutanés - EFR (Spirométrie)

Aide au servage tabagique

Maladies professionnelles

Ronflements et apnées du sommeil



DR. HIND BAKKAL

Pneumo-Allergologie

Casablanca le 12/12/2014

dar البيضاء : 824

Dr. HIND BAKKAL

Pneumo-Allergologie

193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa Casablanca

3ème Etage, Apt 8, Casablanca

Tel: 06 63 20 44 92

fax: 06 63 20 44 92

Mobile: 05 22 93 86 14

E-mail: bakkalhind@gmail.com

Dr. HIND BAKKAL

Pneumo-Allergologie

193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa Casablanca

3ème Etage, Apt 8, Casablanca

Tel: 06 63 20 44 92

fax: 06 63 20 44 92

Mobile: 05 22 93 86 14

E-mail: bakkalhind@gmail.com

ذ. هند بقال

أخصائية في أمراض التنفس، الحساسية و الربو

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

الضيق، السل و الحساسية

الشخص بالمنظار

فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية

الإقلاع عن التدخين

الأمراض المهنية

الشيخوخة و توقف التنفس أثناء النوم

1) 149.00 Elman SV (85)

2) Rehla SV (85)

3) Cetrol 20 (35)

4) Dizygone CP x 310

5) Venatoline 8mg

2 boîtes à la date 92360 (Tous les 4 mois)

DR. HIND BAKKAL  
Pneumo-Allergologie  
193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa Casablanca  
3ème Etage, Apt 8, Casablanca  
Tel: 06 63 20 44 92

193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa, 3ème étage, Apt 8, Casablanca

Tél.: 05 22 93 86 14 / E-mail : bakkalhind@gmail.com

✓  
PECTRYL®  
SIROP 250 ml



6 118000 031901

PPV: 32DH40

PPU: 149,00 DH  
LOT: 651328  
PER: 02/25



6 118000 160502

Ventoline 100 mcg  
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Lot  
EXP  
PPV

3T9Y  
06 2025  
42,20 DH