

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 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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0031848

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1689 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOHIL LATIF

Date de naissance : 28/07/51

Adresse : 12 RUE MAHMOUD TINOUR Box 2 Apt 5

Tél. : 0660544601

Total des frais engagés : 96270 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUSSE DRISSE Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tel: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

Date de consultation : 19/01/24

Nom et prénom du malade : ELOHIL LATIF Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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 :

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 : 29/01/2024

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
19/01/24	CR		300	

Dr. BELHOUSSE DRISS MED
Pneumologue Allergologue
59, Bd Rokhâ El Meskni - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FOUCAL 27, Rue Moussé - P. de l'Anoussou Gauthier - Casablanca Tél: 05 22 23 42 42	19/01/24	642.70

INPE: 092028802

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

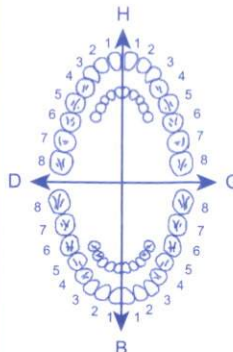
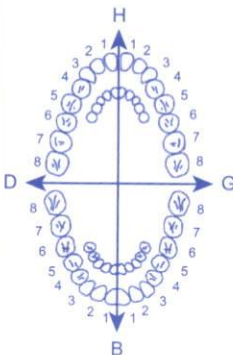
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																						
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين ادريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Casablanca le : 19/01/2024 : الدار البيضاء في :

MR EL OFIR LATIF

40.00

- Effipred 20 mg
3 cp le matin pdt 5 jours

- Ventoline Spray
2 bouffées au besoin

- 127.00
- Physiomer hypertonique à l'eucalyptus
1 pulvérisation nasale, 3 fois par jour

- 218.00
- Seretide 250 spray
2 bouffées matin et 2 bouffées le soir 1 mois Se rincer la bouche après

- 168.20
- Augmentin 1 g / 125 mg
1 sachet matin et soir pdt 8 jours . après repas

- 85.50
- APIXOL spray nasal
2 pulv nasales 3 fois par jour

T= 642.70

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd RAHAL EL MASKINI - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

Pharmacie FOURAULT
27, Rue Mousses Elou Mouscail
Gauthier - Casablanca
Tél: 05 22 25242 12

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 07/2026
LOT 35002 3

EFFIPRED®

20 comprimés
effervesçants 20 mg

6 118000 031369

AUGMENTIN

AMOXICILINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال...يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets

6 118000 160182

PPV: 168,20 DH
LOT: 652430
PER: 05/25



250

propionate de fluticasone/
salmétérol

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salmétérol

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé avec valve dose

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876

IMPORTER & DISTRIBUTOR:



S.J.C.
Bldg n°56 - Street 104
Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n° 731/2021/

العنوان
استيراد شركة سنار للتجارة الدولية

BOTTU SA
PPC : 127 DH 00



564300 001046

LOT



10012375
2023-05
2026-04

8 051128 636987

LOT

230147

2026/02

PPC : 89,50 dh