

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

- 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

M23-0027021

200144

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL Houssini Hichem Mohamed Amine
 Date de naissance : 06 - Aout 1963
 Adresse : 80 lot jawhar TARGA MARRAKESH
 Tél. : 0661198032 Total des frais engagés : 3477.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 / 03 / 2024
 Nom et prénom du malade : EL Houssini Hichem Mohamed Amine
 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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
18 MARS 2024		Cp	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/03/24 3222,70

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

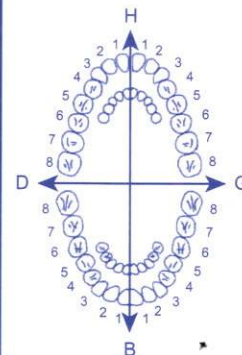
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

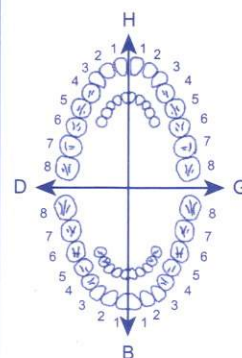
MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

18/03/2024 10:43

Professeur Hafsa SAJIAI

Préscription | Pratisoft - Solution pour la santé



بروفيسور حفصة السجاي

Spécialiste en Pneumologie
Phtisiologie-Allergologie-Tabacologie
Ronflements et Apnées du sommeil
Ex-enseignante de la faculté de médecine
et de pharmacie de Marrakech

أخصائية امراض الجهاز التنفسي
داء السل-الحساسية-الاقلاع عن التدخين
الشخير و توقف التنفس أثناء النوم
أستاذة سابقة بكلية الطب و الصيدلية بمراكش

Marrakech le :

18/03/2024

مراكش في :

MR EL HOSSINI HILAL MOHAMED AMINE

• Seretide diskus 500µg/50µg - poudre pour inhalation en récipient unitaire

1 Bouffée matin et soir pdt 3 mois, A 12 heures d'intervalle. Se rincer la bouche après (2 gargarismes puis boire de l'eau)

• Ultibro breezhaler 110 µg / 50 µg - poudre pour inhalation en gélule
une gélule à inhaler le matin pendant 3 mois

• Alpraz 0,5 mg - comprimé
un demi comprimé le soir pdt 3 mois

• Ventoline Spray
2 bouffées si gêne respiratoire

• Biotinax 500
un comprimé 3 fois par jour pendant 10 jours

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH
ID: 652788

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH
ID: 652049

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH
ID: 652788

Lot: 220034
A consommer de
préférence avant le: 02/2025
PPC: 99,50 DH

nant Lamure, En face de la
0 801

l.com www.pneu

463/prescription/medical-pr

PPV : 42,20 DH
LOT : TX5J
PER : 03/2025
ID: 652626



Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.

 NOVARTIS

PPV : 676,00 DH

EXP
LOT
MFD
02 2025
B8997R
03 23

 NOVARTIS

PPV : 723,00 DH

EXP
LOT
MFD

02 2025
B8997R
03 23

4
X 2 Ged