

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

ND: 33035

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0020264**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5340 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : MOUARI/Boucharb Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0663517268 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 89 02 02

Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : MOUARI/Boucharb Age : 67ans

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

Nature de la maladie : 3P.C.O

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
20/07/2020	2		250 D.V.	<b>Dr. AMRANI HENCHIL SAIDA</b> Pneumo-Phthisologue et Allergologue Résidence Firdaous, GP25 RDC - CASABLANCA Tel : 05 22 89 02 02
14/07/2020	EF2y		402	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SEMLALI</b> Angle des Rues 11 et 1 Sid El Khadir Tel : 05.22.89.62.93	20/07/2020	<b>PHARMACIE SEMLALI</b> n°83, Angle des Rues 11 et 1 Sid El Khadir Tel : 05.22.89.62.93 2079,80

## 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



# Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phthisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة عمراني حنشي سعيدة

اختصاصية  
في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
ومستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 20/04/2020 في الدار البيضاء،

PPV : 48DH50  
PER : 03-23  
LOT : J726

Dr. AMRANI  
18,40  
① Colysool 200mg  
200mg  
8h3,000  
② 42h300  
150,000  
③ Flexobloc 250  
15,30  
④ Ventoline 200  
200mg x 4/1 x 20

PHARMACIE SEMLAU  
n°83, Angle des Rues 11 et 1  
Sid El Khadi  
Tél : 05.22.89.62.00

NOVARTIS  
PPV : 843,00 DH

NOVARTIS  
PPV : 843,00 DH

AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, H25A  
RCC 05 22 89 02 02  
ENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

PHARMACIE SEMLAU  
n°83, Angle des Rues 11 et 1  
Sid El Khadi  
Tél : 05.22.89.62.00

شارع أم الربيع - إقامة الفردوس - مجموعة هـ 25 أ - الطابق السفلي - الدار البيضاء - Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H25A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél. : 05 22 89 02 02



ID : 630268  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 150,00 DH  
6 118001 140336

ID : 630268  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 150,00 DH  
6 118001 140336



# Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Ronflement et Apnées du Sommeil

**Adultes et Enfants**

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة حملائي حنّتي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

**كبار وأطفال**

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 14/07/2020, في الدار البيضاء،

Dr. Mou AID

Rouchous

**FACTURE**

Consultation : ✓

Radio Thorax : ✓

EF Resp : 400 DM

Tests Cutanés : ✓

Total : 400 DM

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-Phisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 89 02 02



# Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Cabinet de pneumologie et d'allergologie

Rés. FIRDAOUS - Gr. H25 A -Imm.31 - Rez de chaussée - CASA

Tél: 05 22 89 02 02 - GSM: 0661 10 78 94

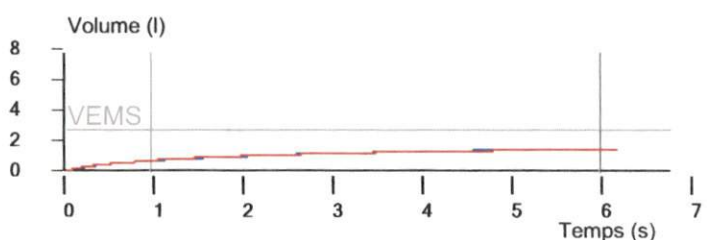
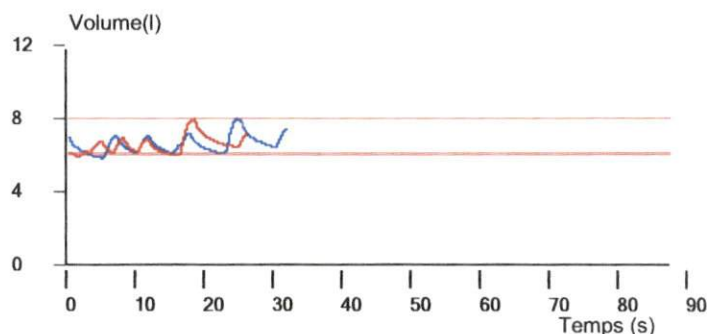
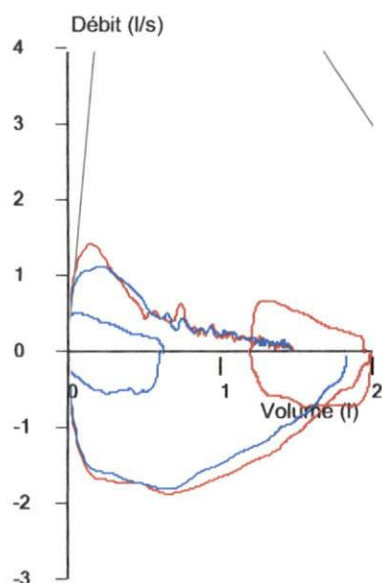
Nom : **Bouchaib MOUARID**

Taille: 165 cm Age: 66 Ans Date Naissance: 08/10/1953

ID: **BouMOU08101953**

Poids: 55 kg Genre: Masculin BMI: 20,2 kg/m<sup>2</sup>

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
Paramètre	Unité	LLN	ZScore						
CV	l	2,65							
CI	l								
VC	l								
VRE	l								
Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS	l	1,85	2,69	3,53	0,73-	27	0,74-	27	1
CVFex	l	2,44	3,45	4,45	1,48-	43	1,49-	43	1
VEMS/CVF	%	64	75	87	49-		50-		2
DEP	l/s	5,45	7,44	9,43	1,13-	15	1,42-	19	26
DEM25	l/s	-0,03	1,25	2,53	0,25	20	0,18	15	-28
DEM50	l/s	1,69	3,86	6,03	0,32-	8	0,62-	16	94
DEM75	l/s	3,81	6,63	9,44	0,95-	14	0,90-	14	-5
DEM 25-75	l/s	1,35	3,06	4,77	0,37-	12	0,35-	11	-5
tex	s				5,4		6,2		15

Commentaire:

Coopération correcte. Trouble ventilatoire obstructif sévère non amélioré sous salbutamol.

Paramètre	Unité	LLN	ZScore
VEMS	l	1,85	
CVFex	l	2,44	
VEMS/CVF	%	64	

Date: 14/07/2020  
Temps: 14:52  
DEP: 5,45 l/s  
DEM25: -0,03 l/s  
Température ambiante: 23 °C  
Pression ambiante: 999 hPa

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-Phthirologue et Allergologue  
Résidence: FirDAOUS, GH25A  
Tél: 05 22 89 02 02