

# 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



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

# Déclaration de Maladie

N° W19-589667

72902

GA

## Maladie

## Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9088

Société :

Actif

Pensionnaire

Autre :

Nom & Prénom : BELMIR KHALID

Date de naissance :

Adresse :

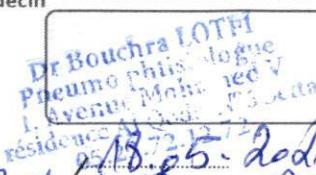
Tél. : 06788 04749

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-589667

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

### 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
18/05/2021		2	200 Dhs	INP : 0611000000000000 Dr Bouchra LOFFI Pneumo-physiologue Avenue Mohamed V Résidence Al Oods N°6 Settat 05.23.72.12.72

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR BOUCHRA LOFFI</i>	18-5-21	48240

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
18/05/2021	20-05	Dr Bouchra LOFFI Pneumo-physiologue Résidence Al Oods Settat	180 Dhs

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

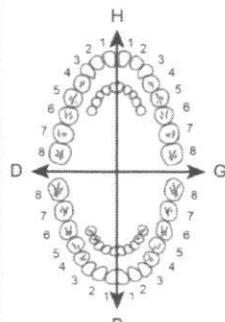
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

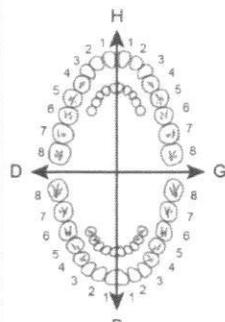
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux
H	25533412 00000000	21433552 00000000
D	00000000 35533411	00000000 11433553
B		
G		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
		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. Bouchra LOTFI**

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de RABAT



**الدكتورة بشرى لطفي**

خريجة كلية الطب بالرباط  
أخصائية

في أمراض الجهاز التنفسى  
الربو - الحساسية - داء السل

فحص الوظيفية التنفسية  
التنظير القصبي

علم أمراض النوم والشخير  
كبار - أطفال

Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Endoscopie Bronchique  
Pathologie du Sommeil et Ronflement  
Adultes - Enfants

M 15 9088 ORDONNANCE

Le 18/12/2023

LOT: 14878/FC38  
PER: 08/2023  
PPC: 77,50

مشروب فتاما

77,50 Belair Amer

1) vibat sirop S.V

31,90 1c l' flate

2) Primalan sirop S.V

36,00 1c tbs S.V

3) Cacit sirop S.V

297,00 Sy bicortex S.V

4) Sy bicortex S.V

PRIMALAN  
SIROP FL 120 ML  
P.P.V: 31DH90  
LOT : 2024015  
PER: 08/2022  
6 11800001011347

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 03/22  
LOT : 9031049

SILV  
OCT-20  
NO

SYNTHERMATIC  
22 rue souissi bouch el ouaouïa roches  
ROYAL PHARMA INTERNATIONAL

SYMBICORT TURBULENCE

2006 µg  
Flacon de 120 doses

10414-DMP/21NRQ P.P.V: 297,00 DH

6 118001 020706

محمد الخامس - الطابق الثاني رقم 6 (قرب طوطال) - سطات

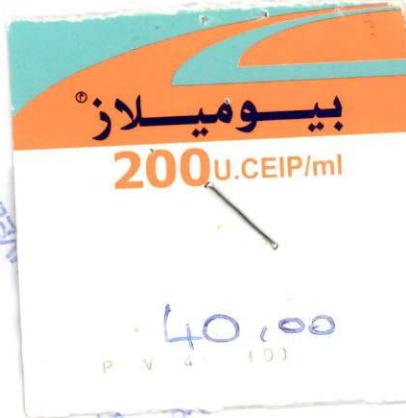
Résidence Al Qods 1 Avenue Mohamed V 2ème étage N° 6

Tél : 05 23 72 12 72 / 06 64 14 12 90 : ت

40,00  
40,00  
482,40 ~~dc x 215~~

Dr Bouchra LOTFI  
Pneumo phtisiologue  
1, Avenue Mohamed V  
résidence Al Qods. 1<sup>er</sup> étage  
05.23.72.12.72

40,00  
40,00  
40,00

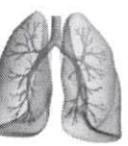


40,00  
P.V. 4.100

**Dr Bouchra LOTFI**

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de RABAT

Spécialiste  
des Maladies Respiratoires  
Asthme, Allergies, Tuberculose  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Endoscopie Bronchique  
Pathologie du Sommeil et Ronflement  
Adulte - Enfants



الدكتورة بشرى لطفي

خريجة كلية الطب بالرباط

أخصائية  
في أمراض الجهاز التنفسى  
الربو - الحساسية - داء السل  
فحص الوظيفة التنفسية  
التنظير القصبي  
علم أمراض النوم والشيخوخة  
كبار - أطفال

Resultat pulmonaire

Note d'honoraires :

/2021

Date : 18/05/2021

N° 000326

إقامة القدس 1 شارع محمد الخامس - الطابق الثاني رقم 6 (قرب طوطال) - سطات -  
Résidence Al Qods 1 Avenue Mohamed V 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (à côté station total)  
Tél : 05.23.72.12.72 الهاتف

Note d'honoraires à l'intention de :

Mr/Mme : BELMIR ANAS

M 15 9088

## NOTE D'HONORAIRES

Description	Quantité	Honoraire en Dhs
Consultation		200,00
Radiographie pulmonaire	1	150,00
Nébulisation		200,00
Spirométrie		500,00
Tests cutanés		500,00
<b>TOTAL HONORAIRES</b>		<b>1500Dhs</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :

cent cinquante Dirhams

Dr Bouchra LOTFI  
Pneumo phthisiologue  
1, Avenue Mohamed V  
résidence Al Qode N°6 Settat  
05.23.72.12.72

PS : Le contrôle medical est gratuit dans un délai d'une semaine. Au delà de ce délai, il est payant.

Identifiant fiscal : 18725208

# Dr LOTFI Bouchra

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Mme 9088

## Spécialiste

des Maladies Respiratoires

Asthme, Allergies, Tuberculose

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Endoscopie Bronchique

Pathologie du Sommeil et Ronflement

Adulte et enfant

les 18/05/2011

## COMPTE RENDU

La radiographie pulmonaire de Mr/Mme BEL MIR ANAS

Montre

8 cm de prof.

Signé :

Dr Bouchra LOTFI  
Pneumologue  
1, Avenue Mohamed V  
résidence Al Qods N°6 Settat  
05.23.72.12.72