

# 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

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

N° M21- 0006061

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : RAN 75408

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANRANI Boucharb

Date de naissance : 02/06/1951

Adresse : 35, Rue de Saigon Djida

Tél. : 06-66-19-86-24 Total des frais engagés : 582,14 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Ahmed BOUABDELLA**  
**CARDIOLOGUE**  
Imm. Essaâda B, Bd. Zerkouni  
Tél./Fax: 05 36 70 08 00 - OUDJA

Date de consultation : 22/06/2021

Nom et prénom du malade : ANRANI Boucharb Age :

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

Nature de la maladie : ALD

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 : Djida Le : 22/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 Médecin attestant le Rattachement des Actes
22/05/2024	C5 + EC C, C		2400	<b>Dr. Ahmed BOUKADELLA</b> <b>CARDIOLOGUE</b> Imm. Essadada - Bd. Zerkouni Tél./Fax: 05 36 70 08 00 - OUJDA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BAY LAMHALLI</b> <b>Dr KHALIL Bakkaj</b> Lotis Essadada Lot num 009 OUJDA - Tél: 0536 51 06 48 INPE 0536 092800	22/05/2024	332,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

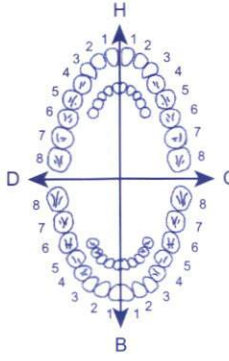
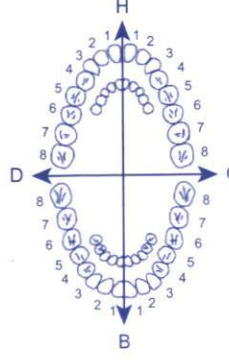
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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			MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

**Docteur Ahmed BOUABDELLA**

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

De la Faculté de Médecine de PARIS

Diplômé en Echocardiographie

Diplômé en Cardiologie Congénitale et Pédiatrique

- Sur rendez-vous -

**الدكتور أحمد بوعبدالله**

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية

خريج كلية الطب بباريس

مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر

مجاز في أمراض القلب الخلقية ولدى الأطفال

- بالموعد -

Oujda, le ..... وجدة, في

22/05/2021

## Ordonnance

**AMRANI Bouchaib (69 ans)**

**PREZAR 50 bte 28**

**CALMAVITE**

1 cp le matin x 3 mois

2

**Dr. Ahmed BOUABDELLA**  
**CARDIOLOGUE**

Imm. Essaâda B, Bd.

Tél./Fax: 05 36 70 08 00 - Oujda

N° LOT: L 2640  
DATE DE PER: 10/23  
PVC: 78,00 DH

PHARMACIE HALL MARCHI  
Dr KHALLOUFI Bekkaye  
Lotis Essalame Lot num 869  
OUJDA - Tél: 0536 51 06 48  
INPE: 082092800

ICE 001758358000014 - INP081033946

عمارة السعادة ب. شارع الزرقطوني - 60 000 - وجدة - هاتف/فاكس: 0536 700 800  
Imm Essaâda B - Bd Zerketouni - 60 000 - Oujda . Tél/Fax: 0536 700 800

E-mail : drbouabdella@gmail.com

Nom Patient: **AMRANI, Bouchaib**

D. Naissance: **01/01/1951 (70 A)**

Sexe: **M**

Dr BOUABDELLA Ahmed  
Imm Essaâda B, Bd Zerkouni

Date création: **22/05/2021 12:38:54**

Taille:

Poids:

TA:

Tél.: 0536 700 800

Fax: 0536 700 800

P: 100ms PQ: 170ms QRS: 94ms QT: 418ms QTc: 407ms QT rt: 104% \*Fréquence cardiaque: 57bpm

