

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.

Diagnostique 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 - Quai
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° P19- 051349

85354

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373

Société : RYM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HARI Fatima

Date de naissance : 17/5/1975

Adresse : 128, Abdelhadi Breïda Tanane

Tél. : 66748922

Total des frais engagés : 1250

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatima Bourad
Pneumologue Allergologue
Somnologue Homéopathe
Médecin Expert
Président des Tribunaux du Royaume
Tél : 05.37.60.97.87

Date de consultation : 21 SEP 2021

Nom et prénom du malade : EL HARI Fatima

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie saisonnière

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 : Temo

Le : 21 SEP 2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
21 SEP 2021	9 =		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/21	50000
	21/09/2021	53015

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	

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

Important :

Veillez 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																
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. Fatima BOURAD

Pneumo-phtisiologue et Allergologue

Ancienne spécialiste attachée au CHU Avicenne
Hôpital Moulay Youssef et au Centre de Diagnostic
de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires
de Skhirat Témara

Diplôme Universitaire d'Homéopathie

Diplôme Universitaire d'Exploration Fonctionnelle
Respiratoire Asthme, Allergies, Tuberculose

Du Médecine du travail (RENNES)

DU Ronflement et pathologie du sommeil

Médecin expert auprès des Tribunaux du Royaume

Aide au servage tabagique

Diplôme Universitaire d'Homéopathie

Adultes et Enfants



الدكتورة فاطمة بوراد

أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا
ومولاي يوسف ومركز تشخيص داء السل
والأمراض الصدرية بالصخوريات تمارة

دبلوم في العلاج الطبيعي

دبلوم في قياس الوظيفة التنفسية

الربو (الضيق) - الحساسية - داء السل

دبلوم في طب الشغل (فرنسا)

دبلوم الاضطرابات التنفسية أثناء النوم والشخير

خبيرة محلفة لدى محاكم المملكة

استشارة طبية للتوقف عن التدخين

للکبار والصغار

21/09/2021

Mme EL HANI FATIMA

51,90x2

1/ ALORA 5mg boîte de 30

1 comprimé le matin pendant 2 mois

135,00

2/ RINOCLENIL 100 ug aerosol nasal

2 pulvérisation dans chaque narine le matin pdt 2 mois

18,00

3/ Ipeca

5CH 5 GARNULES A SUCER CHAQUE REPAS PENDANT 1MOIS

18,00

4/ POU MON HISTAMINE 15CH

5 granules par jour jeune pendant 2 mois

75,70

5/ ZALERG 0,25 MG/ML COLYRE

1 instillation oeil 2 fois par jour pendant 1 mois



179,00

6/ OPTIVE FUSION UD

1 instillation oeil matin et soir

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 Dhs

PHARMACIE DU CONSEIL

Dr. Youssef LAHLOU

Pharmacien

33, Lot Masrour, Témara

Tél/Fax: 05 37 74 11 63

Docteur Fatima Bourad
Pneumologue Allergologue
Somnologue Homéopathe
Médecin Expert
Auprès des Tribunaux du Royaume
Tel: 05 37 74 60 97 87



RJV: 23-11-2021

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Youssef LAHLOU
Pharmacien
33, Lot Masrour, Témara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63



Valable jusqu'au : 20/11/2021

EL HANI FATIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
BEURER OXYMETRE DE DOIGT REF PO35	1	500,00	3	500,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%

Total HT	416,67 DHS
TVA	83,33 DHS
Total	500,00 DHS

Arrêté le présent devis à la somme de : cinq cents DHS

INPE
102019890

PHARMACIE DU CONSEIL
DE YOUSSEF LAHLOU
Pharmacien
33, Lot Masrour, Témara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63

Dr. Fatima Bourad

Pneumologue-Allergologue

Enfants et Adultes

ORDONNANCE

Temara le 21/9/2021

Nom

Mr EL HANI FATIMA

500.00

Safinatre

(1 Lit elyze + une dose)

PHARMACIE DU CONSEIL

Dr. Youssef LAHLOU

Pharmacien

33, Lot Masrour, Témara

Tél/Fax: 05.37.74.11.63

Docteur Fatima Bourad
Pneumologue-Allergologue
Somrologue Homéopathie
Médecin Expert
auprès des Tribunaux du Royaume
Tél: 05.37.60.97.87

Av. My Ali cherif, Imm 10, appt 2 Témara

Tel / Fax : 05.37.60.97.87

E-mail : bouradpneumo@gmail.com

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule : <u>2273</u>	e-mail :	Phones : <u>06 61 34 99 27</u> <u>06 18 72 70 70</u>
Nom et Prénom de l'adhérent :		
Nom et Prénom du bénéficiaire : <u>EL HANA Fatima</u>		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné :		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.		
Nécessite		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)		
<u>OS = 0,111 gendreau</u> <u>Saturmètre</u>		
Une hospitalisation de (approximatif)		
A (préciser l'établissement hospitalier)		
STRICTEMENT CONFIDENTIEL		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :		
.....		
.....		
.....		
Cachet, date et signature du praticien	 Docteur Fatima Bourad Pneumologue Allergologue Somnologue Homéopathe Médecin Expert Auprès des tribunaux du Royaume Tel: 05.37.60.97.87	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS		
Décision :		
.....		
.....		
.....		

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

☐ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Présente <i>rhinite allergique chronique + asthme</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée de :	
<i>voir polynésie</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

[Signature]
Docteur Fatima Bourad
Pneumologue Allergologue
Somnologue Homéopathe
Médecin Expert
Auprès des Tribunaux du Royaume
Tél: 05.37.60.97.87