

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0033359

92318

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2013 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chadid Samani / Veuve HARRER NAINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0603433553 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 / 03 / 2021

Nom et prénom du malade : M. HARRER NAINA Age : 16 NOV 2021

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

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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
01/09/21	S		G	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/09/21

LP146

# 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 :

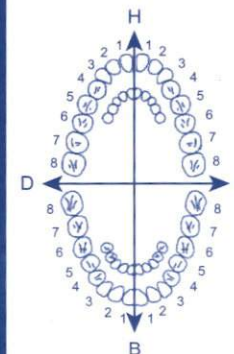
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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

00000000 00000000

35533411 11433553

G

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'EXECUT

**Dr Hind JANAH**

Pneumo-phtisiologue-Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires \_ Asthme et allergies  
Tuberculose \_ Pathologie du sommeil \_ Tests cutanés  
Explorations Fonctionnelles Respiratoires



Membre de la European Respiratory Society  
Membre de la société Marocaine des Maladies Respiratoires  
Membre de l'association Marocaine de Formation Continue en Allergologie

الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
للأطفال والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
أمراض السيل - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية  
الكشف الوظيفي للتنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة  
عضو في الجمعية المغربية لأمراض التنفسي  
عضو في الجمعية المغربية لأفوقال

Casablanca, le 02/03/2021

M. HARROU NAHIA EL CHADIO

65,0

① Filtadum



37,0

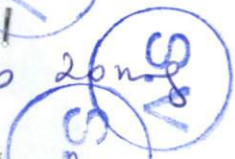
② Pro Ven

500mg



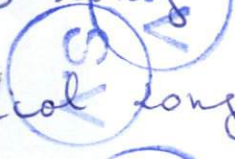
52,8

③ oedes 2mg



31,0

④ statinol long



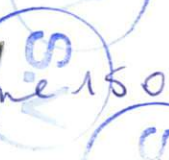
21,0

⑤ Febres adulte



45,90

⑥ Taibupne 150mg



23,8

⑦ Emdyl 500mg



33,0

⑧ NIOZOL 500mg



**Dr. Hind JANAH**  
Pneumo-Allergologue

T= 431140

404, Rés. Safaa Apt N° 15, Bd Al Qods, Ain Chok Casablanca  
Tél : 05 22 21 45 46 - 07 77 93 13 05 - drjanahhind@gmail.com

صيدلية شارع الدوحة  
PHARMACIE BOULEVARD DOHA  
89 Bis Rue 21 St. Mehdiia Ain Chok  
Casablanca - Tél: 05 22 50 15 30

**Dr. Hind JANAH**  
Pneumo-Allergologue  
404, Rés. Safaa Apt N° 15, Bd Al Qods, Ain Chok Casablanca  
Tél : 05 22 21 45 46  
INPE : 091235101

LOT : 9672  
UT. AV : 04 - 25  
P.P.V : 45 DH 90

LOT 20 087  
EXP 05 / 2023  
PPV 522.80DH

LOT: M0619  
PER: 09/2023  
PPV: 87,00DH

Batch:  
Mfg. date:  
Exp. date:  
PPC: 65.00 Dhs

010  
03/2

Staticol 20 mg  
سٹاتيكل 20 ملج  
28 Comprimés enrobés sécables

91,00

91,00

PHARMED LOT : 6864  
UT. AV : 01-24  
PPV : 21DH00

UT. AV. : 10 22 28,80 P.P.V  
LOT N° : 1281311 28 80

30,50 ←

UT. AV. :  
LOT N° : 1303762 P.P.V

LOT : 4428  
UT. AV : 10 - 23  
P.P.V : 39 DH 90