

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 066198

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12294 Société : 98258
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MERNISSI REDA
Date de naissance :
Adresse : jmernissi@royalairmaroc.com
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 20/10/21
Nom et prénom du malade : BEAUME DOSS KAWTAR Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cas 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 20/10/21

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
20/10/21	C3	①	300MA 65	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/21	944,00
	21/12/21	389,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

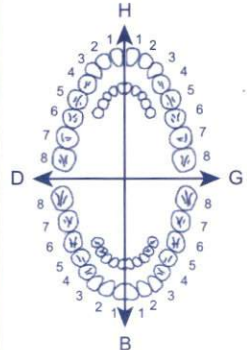
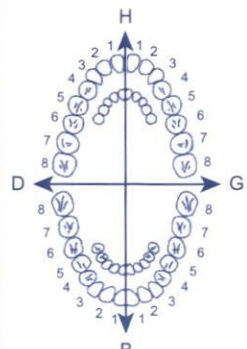
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

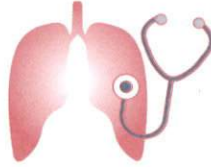
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقاً
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.E.S.A. (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le 20.10.2021 في الدار البيضاء.

Mme BENNANI DOSSE KAWTAR

744,00

848,00x3

SERETIDE DISKUS 250 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 60unid+distrib

Prendre 1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois. jusqu'a la prochain
consultation se rincer la bouche avec de l'eau après

PHARMACIE EL DRABNA
BOUCHRA EL ISLAMI
Docteur en Pharmacie
Route Boukhoura 109, Km 11
Casablanca

Pharmacie Abdelaziz BAKHATAR
416, Bd Abdelmoumen (Angle Bd Anoual), Résidence Anoual Capital Center - 1er étage, N°5 - Casablanca, Maroc
Tél: (+212) 5 22 99 66 24 - GSM: (+212) 6 61 08 99 15 - E-mail: bakhataraziz@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 646814
6 118001 141104

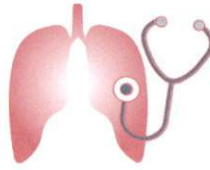
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 646814
6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 645552
6 118001 141104

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقاً
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.E.S.A. (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le 02.12.2021 في الدار البيضاء,

Mme BENNANI DOSSE KAWTAR

387,00
- FOSTER 100/6 POUDRE

Prendre 1 bouffées le matin et le soir, pendant 2 mois. se rincer la bouche apres
usage avec de l'eau

PHARMACEUTIQUE BOUCHRA EL ISLAMIT
Ducien - Pharmacie
Route Bouchara El Islamit Km 11
Casablanca - Maroc

Pneumo-Phisiologie Allergologue
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

Vignette
FOSTER 100/6 6/100
mcg/dose ميكروغرام/جرعة
PPV= 387DH00