

## 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

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- 067333

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HOUSSEINI Hilal Mohammed Amine

Date de naissance : 06 - 08 - 1963

Adresse : 80 lot JAWHAR TARGA

Tél. : 06 61 19 80 32

Total des frais engagés : 1560,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/22

Nom et prénom du malade : EL HOUSSEINI Hilal Med Amine

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 : MARRAKECH

Le : 18/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 Paiement des Actes
28/01/22	C2		200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie JAWHAR Dr. TANOUTI Amine 3,4 Mosquée Jawhar, quartier Jawhar - Marrakech Tél : 05 24 34 43 86	18 JAN 2022	1360,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

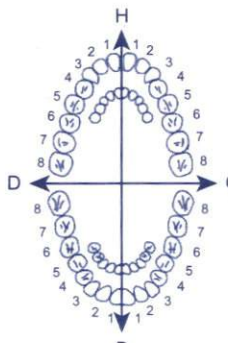
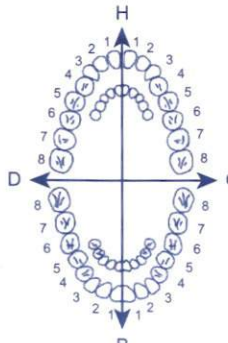
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             00000000              35533411              B           </div> <div>             00000000              11433553              B           </div> </div>			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

# Dr Abdessadeq JAMALI

Pneumologue-Allergologue

خريج كلية الطب بـمونبـولي - فرنسا  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي

Diplômé des maladies respiratoires - Tuberculose  
CES d'Immunologie et Allergologie clinique

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Radiologie-Bilan allergologique-Endoscopie branchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire - Gaz du Sang



ر. والصغار  
Diplômé de  
Membre de

مينة

Ancien  
Ancien mède

ي  
تفسي

ULTIBRO® BREEZHALER®

110 µg/50 µg  
Poudre pour inhalation  
en gélule. Boite de 30.  
PPV : 843 DH

الصانع/صاحب رخصة التسويق:  
مختبرات سوتيفما  
صوب رقم 1: 27182 - بوسكورة - المغرب  
AMM N° 5719/DMP/21/NRQ/INM

ISOLONE 20 mg  
20 comprimés effervescents

6 118000 021445

MR EL HOSSINI HILAL MOHAMED AMINE

843.00

1. Ultibro breezhaler 110 µg / 50 µg  
1 dose, soir, pendant 3 mois

338.00

2. Seretide diskus 500µg/50µg  
1 dose, matin, soir, pendant 3 mois

40.00

3. Isolone 20 mg  
3 comprimés, matin pendant 7 jours

139.50

4. Lovanic 500 mg  
1 Comprimé, soir, pendant 7 jours

1360.50

صيدلية جواهر  
Pharmacie JAWHAR  
Dr. FANOUH AMINE  
3,4 Mosquée Jawhar,  
Quartier Jawhar - Marrakech  
Tél : 05 24 34 43 86

o ID: 646968  
118001141111  
PPV: 338,00DH  
Région de Rabat  
Ain El Aouda  
GlaxoSmithKline Maroc

LOVANIC 500 mg  
10 comprimés pelliculés sécables  
SOTHEMA  
6 118000 022398

Lovanic® 500 mg  
Lévofoxacin

10 Comprimés pelliculés sécables



Rendez-vous le : .....

شارع الحسن الثاني باب دكالة عمارة الأحباس مدخل G رقم 2 الطابق الأول - 40000 مراكش  
Av. Hassan II Bab Doukkala Imm. des Habous entrée G, Appt. N° 2 1er Etage - 40.000 Marrakech  
Tél/Fax : 05.24.43.65.64 - E-mail : abdessadeq.jamali@gmail.com  
ICE : 001882896000090 - IF : 68932020 - TP : 45111998 - CNSS : 2127034