

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 064324

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4558

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Hayaj Mina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 78 67 21 65

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMRANI HENCHI SAÏDA  
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, GH25A  
BOC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 88 02 02

Date de consultation : 09/03/2022

Nom et prénom du malade : HAYAJ Mina

Age :

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 honoraires
09.03.22	G	G	250 DH	<p><b>Dr. AMRANI HENCHI SAID</b>  Pneumo-Phthisiologue et Allergologue  Résidence : EL CADABLANCA  RDG - CASABLANCA  Tél : 05 22 39 02 03</p>

Dr. AMRANI HENCHI SAÏDA  
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue  
Résidence PIRABOUS, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 39 02 02

[illegible]

Cachet du Pharmacien  
ou du Fourbisseur

**PHARMACIE RESIDENCE ANNALM**  
Annalme GUERRAULT  
Porteur en Pharmacie  
Résidence Annalm Oufa  
Tél.: 022.88.43.09 - Casablanca

**092050293**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr. AMRANI HENRI SAÏDA</b> Pneumo-Phtisiologue et Allergologue Résidence Firmin, GH25A RDC - CASABLANCA Tél : 05 22 89 02 02	3-22-2024	Rx thorax	150 000

**Dr. AMRANI HENCHI SAÏDA**  
Pneumo-Phthisologue et Allergologue  
Résidence Firminous, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 89 02-02

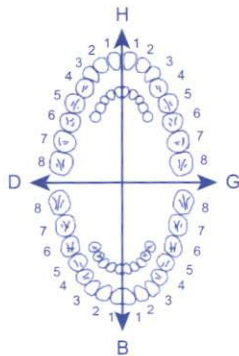
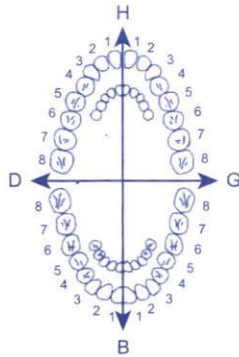
[illegible]

## 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 d'hygiène bucco-dentaire.

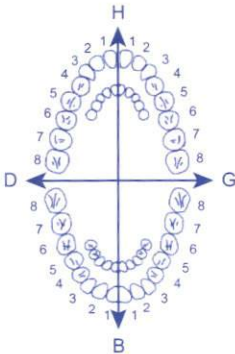
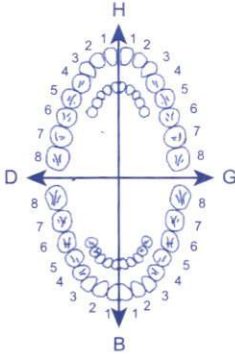
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>								
				Montants des Soins <input type="text"/>								
				Début d'exécution <input type="text"/>								
				Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">G</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">D</div> <div style="text-align: left;">B</div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>								
				Date du devis <input type="text"/>								
				Date de l'exécution <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			MONTANTS DES SOINS			
<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				DATE DU DEVIS		
					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue

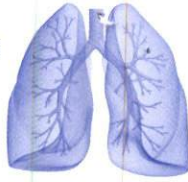
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd

Et Hôpital Moulay Youssef



الدركتورة عمراني حنّتي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 09.03.2022 دار البيضاء، في

PPV: 48DH50

PER: 01/25

LOT: K3/26

① 47.50 HA 4A 2 Mina. (SV)  
Coti proal 200

② 248.00 3 g/mastai apu 4p70- Sachet 250 (SV)

③ 47.80 1800ff 72/10 la. (SV)  
Daseen

④ 45.80 2800ff 72/10 la. (SV)  
Cutez

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
SINAM OUMERAOUI  
Docteur Amrani Henchi Saida  
4, Résidence Annaim Oulfa  
Tél.: 022188.43.09 - Casablanca

PPV: 45DH80  
PER: 07/24  
LOT: K2030

AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo - phtisiologue et Allergologue  
Région de Rabat  
FIRDAOUS, GH284  
06 22 89 02 02

05 22 89 02 02 : أ- الطابق السفلي - الدار البيضاء - الهاتف :  
Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H 25 A, B

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 249,00 DH  
ID: 648243  
6 118001 141104

شارع أم الربيع  
05 22 89 02 02



## Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Bilan Allergologique  
et explorations respiratoires

**Adultes et Enfants**

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدرتورة حمرلني حنني سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

تحليلات الحساسية والتنفس

**كبار وأطفال**

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le :

09.03.2022

Nom & Prénom :

HAÏA Mina

## TELETHORAX

### Interprétation :

☒ Pas d'anomalie Parenchymateuse

☒ Pas d'anomalie mediastinale ni

Squelettique

☒ Culs de sacs libres

☒ Silhouette cardiaque normale

**Honoraires : Z12**

AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo - phtisiologue et Allergologue  
Cabinet Firdaous, GH28A  
BOULEVARD OUM RABII - CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 02 02