

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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° W21-721520

129232

par l'adhérent

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 248 Société : R.A.M.

Matricule : 248

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Non

Nom & Prénom : Baitou Boujemaa

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : Hay el Bahja Hay el Hassani 440
Marrakech

Tél. : 0524395337 Total des frais engagés : 134540 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MALIKI Leila
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Imm Nakhil 1, Appt B1
Av Yacoub EL Mansour-Guéliz-Marrakech

Date de consultation : 27/7/2022

Nom et prénom du malade : BAITOU BOUJEMAA Age : 86

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

Nature de la maladie : BPCO

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 : 27/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-721520

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

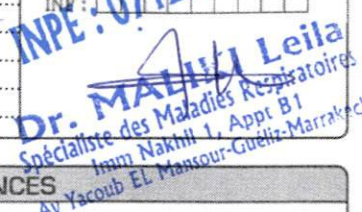
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
27/07/22	G +		400 DH	
	E no			

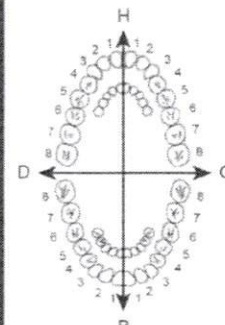
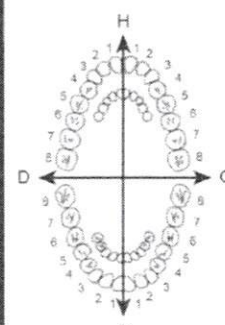
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/22	945,40
072004013		

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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														

Docteur MALIKI Leila

Spécialiste des Maladies du Poumon

Asthme - Tuberculose - Allergie

Ex-Médecin

du CHU - Med VI



الدكتورة مليكي ليلى

اختصاصية في أمراض الصدر

الربو (الضيق) - داء السل - الحساسية

طبيبة سابقا بالمركز

الاستشفائي الجامعي محمد VI

Marrakech, le : 27/7/22 مراكش في

JE BAITOU BOUJEMAA

- Duoxol 500 mg SV

1 cp x 3 j

9700

- 3D vit

52200 byttes j

- Spiniva

1 gel à inhaler j 2 mois

163,90 x 2

- Serdep

1 gel j 2 mois

صيدلية البهجة
Pharmacie AL BAHJA
B1 BENGHAZALA SOAD
B1 B1 24 34 33 80
Douar 243 Cite Al Bahja Marrakech
CIN 1401 5051 145119 - Limitation soumise



6 118001 040216

SPIRIVA 18 µg

(Tiotropium)

Poudre pour inhalation

30 gélules + Inhalateur Handihaler

BOTTU S.A.

PPV : 522 DH 00

68696-05

عمارة النخيل 1 شقة ب 1 شارع يعقوب المنصور - جازي - مراكش - الهاتف : 05 24 43 69 78

Imm. Nakhil 1, Appt. B1 Av. Yaâcoub El Mansour - Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 43 69 78

سردب 20[®] مغ فليوكستين



علبة من 28 كبسولة
عن طريق الفم

SERDEP[®] 20 mg ○

28 gélules



6 118000 230212

163.20

PER: 05/2021
PPV: 163.20DH

سيري د ريب[®] 20 مغ فليوكسيتين



علبة من 28 كبسولة
عن طريق الفم

SERDEP[®] 20 mg



28 gélules



6 118000 230212

163.20

PER: 05/2021
PPV: 163.20DH

**NOUVEAU
COMPTE
GOUTTES**

**VITEA
D3**

**PLÉMENT ALIMENTAIRE
BASE DE VITAMINE D3
ATURELLE EN GOUTTES**

Flacon compte-gouttes
20ml / 580 gouttes

 **AYIKA**^{Intl}
LABORATOIRES

CONSEILS D'UTILISATION

Agiter avant emploi.
Prendre 1 goutte par voie orale par
jour en une prise, ou suivre les
recommandations d'un
professionnel de santé. Peut être
avalé pur (directement sur la langue
ou dans une cuillère à café) ou
mêlé à un aliment, (yaourt, pain).
Convient aux femmes enceintes.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

1 Goutte par jour apporte 5 µg (200
UI) de vitamine D3 soit 100% des
VNR ou Valeurs Nutritionnelles de
Référence. A conserver hors de la
portée des enfants et à T° < 25° C à
l'abri de la lumière. A consommer
dans le cadre d'une alimentation
variée et équilibrée, et d'un mode de
vie sain. Il est recommandé de ne
pas dépasser 1 goutte par jour (dose
journalière maximale).
Consommer de préférence avant fin
et N° de lot mentionnés sur la face
inférieure de l'étui.

N° DA20181807657DMP/20UCAVI

N° CE 2016-8-289 obtenu le 12/08/2016

Certificat Export : 17/31/045

PPC : 97,00 Dh

Flacon compte-gouttes

Volume net :

20 ml / 580 gouttes



L578

CLINIQUE GRAND ATLAS

38 LOT JAWHAR 2 TARGA MARRAKECH

F A C T U R E

N° 13 451 / 2022 du 27/07/2022

Nom patient	BAITOU BOUJEMAA	Entrée 27/07/2022	Sortie 27/07/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
TDM THORACIQUE	1,00		1 500,00	1 500,00
REMISE GLOBALE	1,00		-400,00	-400,00
			Sous-Total	1 100,00
Total Frais Clinique				1 100,00

	Total général	1 100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	1 100,00		1 100,00	0,00

