

# 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 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

- Reclamation : 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- 052751

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2352 Société : 143835

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL COUCHEN HASSAN

Date de naissance : 12-02-83

Adresse : 09 SYAR EL HADJA N°2 B3 ABDELMASS

BOUTALY

Tél. : 05 03 16 09 29 Total des frais engagés : 4.034,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/12/2022

Nom et prénom du malade : EL COUCHEN HASSAN Age :

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

Nature de la maladie : 1er Rhumatisme / Rhéumate

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 Le : 15/12/2022

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
15/12/22	C3	①	300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MINOUSA Noureddine MOKHL R.R 322 Km6 Boud Mekraz Mersouria Ben Slimane - Tél.: 05 23 32 03 41	15/12/22	3734,80

# 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	
CPAP MAROC 12, Rue Gascogne. Quartier des Hôpitaux Casablanca Tél: 0634 016 016	15/12/22					18500,00 DH

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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.I.C.O. / Gaz du sang

## الدكتور عبد العزيز باخطار

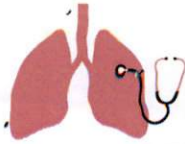
استاذ التعليم العالي سابقا

كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A ( شهادة التدريب المتخصص

المعقم بمستشفى بوجون باريس )

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم



Casablanca, le 15.12.2022

الدار البيضاء، في

Mr ELCQUHEN HASSAN

1 - ZIVLOX 400 MG

le matin, pendant 7 jours.

2 - XANTHIUM 200 mg gél LP : B/30

Prendre 1 gel par jour, pendant 3 mois.

3 - ULTIBRO BREEZHALER 110UG/50UG

Faire 1 inhalation en inspiration bucc le matin, avant le repas, pendant 5 mois

4 - BRONCHODUAL 50 UG

Prendre 2 bouffées le matin et le soir, pendant 6 jours.

5 - KINTEX SIROP

1 le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.



LOT: M0626  
PER: 11/2023  
PPV: 139,50DH

رات ديفا للصيرجة

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



ULTIBRO®BREEZHALER®

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



ppc: 55.00 DH  
N°20230507058/RQ

ULTIBRO®BREEZHALER®

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



ULTIBRO®BREEZHALER®

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



16, Bd Abdelmoumen (Angel Bd Anoual), Résidence Anoual Capital centre - 1 er étage

Tél.: +212 522 99 66 24 - GSM : +212 661 08 99 15 - E-mail : bakhataraziz

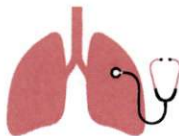
لبن  
LOT 20K02 3  
EXP 71 2023  
PPV 21.80 DM

لبن  
LOT 20K02 3  
EXP 71 2023  
PPV 21.80 DM

طريق الفم  
لبن  
LOT 20K02 3  
EXP 71 2023  
PPV 21.80 DM

# 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.I.C.O. / Gaz du sang



## الدكتور عبد العزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا  
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة A.F.S.A ( شهادة التدريب المتخصص  
المعمق بمستشفى بوجون باريس )  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le 15.12.2022

الدار البيضاء، في

Mr ELCOUHEN HASSAN

### - OXYGENE APPAREIL POUR DEABULATION

oxygénothérapie 2 litres par minutes 12 heures sur 24 pendant au minimum 01  
an

Dr. Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumo-Phisiologie Allergologie  
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd Anoual  
Anoual Capital Centre 1er Etage N°5  
Casablanca - Tél: +212 522 99 66 24

CPAP MAROC  
12, Rue Gascogne Quartier  
des Hôpitaux Casablanca  
Tél: +212 522 99 66 24

**FACTURE**

N°

2022-1160

19/12/2022

Mr Hassan EL COUHEN

CASABLANCA

Référence	Désignation	Qté commandée	Prix unitaire	Total T.T.C
	CONCENTRATEUR D'OXYGENE	1	12 500,00	12 500,00

**CPAP MAROC**  
12, Rue Gascogne, Quartier  
des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 0684 016 016

Total H.T	10 416,67
T.V.A	2 083,33
Total T.T.C	12 500,00