

## 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° W21-709064

143777

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3120 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAMRANI JAMAL RACHID

Date de naissance : 08.07.1955

Adresse : 170, Grappe 3 ANELKIS MARRAKECH

Tél. : 06 61 18 71 45

Total des frais engagés : 485,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15/12/2022

Nom et prénom du malade : ELAMRANI JAMAL RACHID Age: 67 ans

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

Nature de la maladie : Bronchite aiguë

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 : 20/12/2022

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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-709064

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 : 485,60

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
15/12/22	G + 2	no	4.00 DH	INP : <input type="text"/>

INPE : 071225540

Dr. MALIKI Lema  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Ham Nakhil 1, App. B1  
AV Yacoub EL Mankour-Gueliz Marrakech

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAKHIL Ham Nakhil Av Yacoub EL Mankour Marrakech - Tél : 05 24 44 71 35 072074339	15/12/22	85,60 DH

### 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

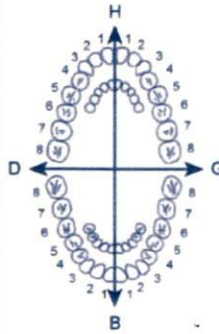
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

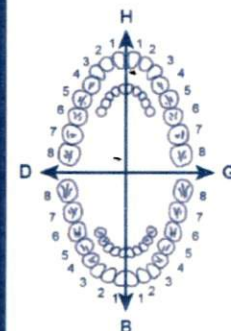
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
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

# 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

VI الاستشفائي الجامعي محمد

Marrakech, le : 15/12/2022 مراكش في

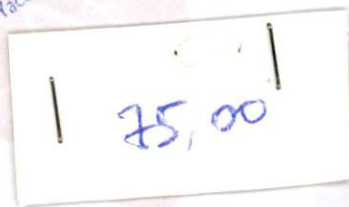
MR ELAMRANI-JAMAL RACHID



- 10.67  
75.00  
85.60
- Dolostop 1000 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 3 jours
  - Broncoliber 120 mg - gélule à libération prolongée  
1 Gélule/jour

صيدلية النخيل  
PHARMACIE NAKHIL  
Imm Nakhil Av Yacoub EL Mansour  
Marrakech - Tél : 05 24 44 71 35

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





**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

VI الاستشفائي الجامعي محمد

Marrakech, le : 15/12/2022 مراكش في

**MR ELAMRANI-JAMAL RACHID**

**Radiographie du thorax : Face**

Syndrome bronchique des bases

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.

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