

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

189729

**Déclaration de Maladie**

**M23- N° 0033442**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05140

Société : Ram

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : 788

Nom & Prénom : BARRANE Hamid

Date de naissance : 31/05/63

Adresse : 27 rue Bank Sebti Amel Cas

Tél : 0709873904

Total des frais engagés : 300 + 890 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdelaziz BAKHATAR  
Pneum. Allergologue  
16 Bd Abdelmoumen Angle Bd. Anoual  
Abdel Capital Center 1er Etage N°5  
Casablanca - Tél (212) 522 99 66 24

Date de consultation : 12/12/23

Nom et prénom du malade : BARRANE HAMID

Age : 60

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Pr. maladie aiguë

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 08/01/24


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
12/12/23	C3	①	300M	Pr. Abdelaziz BELKHATAR Pneumo-Pharyngologue Allerg. et A.S.T. 16, Bd. Abdou Moumouni Angle Bd. Anoual Anoual Capital Center 1er Etage N°5 Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/23	890,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

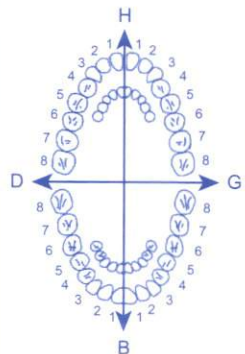
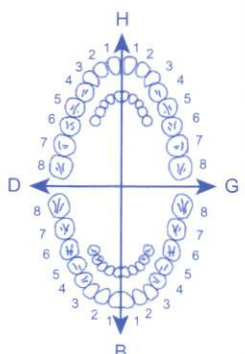
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, 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																	
	<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'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  
أستاذ التعليم العالي سابقا  
بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص  
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء,

12.12.2023

Mr BARRANE HAMID



358,00

1 - **SERETIDE DISKUS 500 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 60unid+distrib**

x 37505

Prendre 1 bouffée le matin et le soir, pendant 1 mois. Boire un grand verre d'eau après

2 - **LEFLOX 500**



79,30

1 par jour, pendant 5 jours.

3 - **KINTEX SIROP**



55,00

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

4 - **BEROCCA C**



99,00

1 le matin, pendant 10 jours.

5 - **BIPRETERAX 10 mg/2,5 mg cp pellic : Pilul/30**



1/2 par jour, pendant 3 mois.

159,00 x 2

✓



T = 890,30

Pr. Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumo-Phrithologie Allergologue  
416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual  
Anoual Capital Center 1er Etage N°5  
Casablanca - Tél: (212) 522 89 66 24

# Bipreterax®

Arginine **10 mg / 2,5 mg**

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

**30** comprimés pelliculés

**10**

12  
mat:  
14h  
SERVIER

159,50

# Bipreterax®

Arginine **10 mg / 2,5 mg**

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

**30** comprimés pelliculés

**10**

12  
mat:  
14h  
SERVIER

159,50



620000000060415

ID: 652788

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 338,00 DH



118001 141111

Voie inhalée



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

préparation de fluticasone /  
salmétérol

**SECRETIDE**

**Diskus**

**500**

microgrammes  
/50 microgrammes  
par dose