

# 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



## Déclaration de Maladie

W21-836481

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13036

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Oumachou Yasmine

Date de naissance : 14/03/1988

Adresse : Valpauri, Residence L'Esprit, Apt 6, Casablanca

Tél. : 0662 818683

Total des frais engagés : 781,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2024

Nom et prénom du malade : Oumachou Yasmine

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : 10/01/2024 Casablanca

Le : 10/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



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
10/01/84	(2)		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL MILAL</b> <b>LAABOUDI Selwa</b> 77, Rue AL Bachir Laälaj Cité Plateaux - Casa INPE : 092024256 Tél.: 0522 25 96 06 - ICE : 001513239000914	10-1-84	481,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10-01-84 (2)		200.00

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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION															
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <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				CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



Casablanca le : 10/01/2024

MME OUMAACHOU YASMINE

- **Effipred 20 mg - comprimé effervescent**  
3 comprimés le matin après le repas, pendant 3
- **Oroken 200 mg - comprimé pelliculé**  
1 Comprimé, après les repas, matin, soir, penda
- **Foracort 200**  
2 bouffées matin et soir pendant 14 jours se rinc  
après
- **Ipsium 20 mg**  
1 gelule le matin avant repas pendant 8 jou

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa

77, Rue AL Bachir Laâlaï  
Cité Plateaux - Casa - TMPE : 092024256  
Tél: 05 22 95 96 06 - ICE / 001513239000014

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b g  
P.P.V : 116,30 DH



6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b g  
P.P.V : 116,30 DH



6 118000 061069

GTIN 18901117248882  
LOT 1830715  
EXP 05/2025  
S/N 14324475963307

PPV : 189 DH 50

IPSIUM 20mg  
14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

14 gélules Gastro-résistantes

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com





Casablanca le : 10/01/2024

**MME OUMAACHOU YASMINE**

**Radiographie du thorax : Face**

**Syndrome bronchique**

**Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou  
séquellaire**

**Silhouette cardio-vasculaire est normale**

**Culs-de-sac pleuraux sont libres**

**Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.**



Dr Zineb Berrada



الدكتورة زينب بريدة

Dr. Zineb BERRADA  
Pneumophthisiologue Somnologue  
22, Bd. Yaacoub El Mansour  
Rés. Espace Yaacoub El Mansour  
Tél.: 0522 98 12 19 - Casablanca

10/01/2024

Mme Samacha Yasmine

Faiblesse

Consultation (cs): 300.00 DH

Radiographie (2): 200.00 DH

Dr. Zineb BERRADA  
Pneumophthisiologue Somnologue  
22, Bd. Yaacoub El Mansour  
Rés. Espace Yaacoub El Mansour  
Tél.: 0522 98 12 19 - Casablanca