

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 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 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

192289

Déclaration de Maladie

M23- N° 0043582

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3105 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUREI Mohamed

Date de naissance : 01/07/1951

Adresse : C.T. D'ANASS JAWILA 1 Ave 2 N° 31

Casablanca

Tél : 0661908603 Total des frais engagés : 1058,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : NELLE ELHAOUFI FATINAZAHRA Age :

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : 18/01/2024

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
19/01/24	3		3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19-01-24	674,30
	22-01-24	83,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

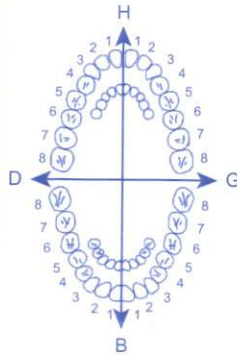
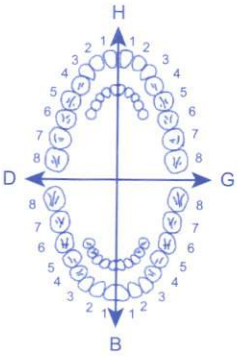
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

Dr. Hind JANAH

**Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants**



الدكتورة هند جناح

**أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للأطفال والمقار**

**Maladies respiratoires - Asthme et allergies
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés
Explorations Fonctionnelles Respiratoires**

**أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السل - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي**

**Membre de la European Respiratory Society
Diplôme d'Université Maladies Vasculaires Pulmonaires Chroniques
Université Paris-Saclay
Pneumologie interventionnelle: EBUS TBNA - EBUS RADIAL. Heidelberg**

**عضو في الجمعية الأوروبية للأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض ارتفاع ضغط الشريان الرئوي
جامعة ساكلاي باريس
المنظار التداخلي: EBUS TBNA - EBUS RADIAL. Heidelberg**

19/01/2024

Casablanca, le

Mlle ELHAOUFY Fatimazahra

SAFLU SPRAY 250 MG

02 bouff x2/j , pendant 3 mois

VENTOLINE SPRAY

02bouff x4/j , pendant 8 jours

APIXOL SIROP

x3/j

BETASTENE 2 MG

02 cp j , pendant 3 jours

RISONEL SPRAY

02 pulv x2/j pendant 20 j puis 02 pulv /j , pendant 3 mois

ZADRYL CP

01 cp /j le soir , pendant 2 mois

☎ 05 22 21 45 46 - 07 77 93 13 05 ✉ drjanahhind@gmail.com

📍 404 Rés. Safaa, 3ème étage, Appt.N°15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca



Lot
EXP
PPV

Y J 4 U
0 5 2 0 2 5
4 2 , 2 0 D H

Pharmas Deva Pharmaceutique
JDI Pharmacien Responsable
Zone Industrielle Tr Mellit - Casablanca

125 ml

LOT: GB21779
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette

Bien agiter avant chaque utilisation

LOT: GB21779
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette

PHARMAS
LOT : 5426
UT.AV : 07-26
PPV : 36DH60

→ 38,40

→ 38,40

C91484-06

Dr. Hind JANAH

**Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants**



Maladies respiratoires - Asthme et allergies
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés
Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Membre de la European Respiratory Society
Diplôme d'Université Maladies Vasculaires Pulmonaires Chroniques
Université Paris-Saclay
Pneumologie interventionnelle: EBUS TBNA - EBUS RADIAL. Heidelberg

الدكتورة هند جناح

**أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للکبار والصغار**

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السبل - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض ارتفاع ضغط الشريان الرئوي
جامعة ساكلاي باريس

Heidelberg - EBUS RADIAL - EBUS TBNA : المنظار التدخلّي

22/01/2024

Casablanca, le

8317

Mlle ELHAOUFY Fatimazahra

ROMAC CP

01 cp /j , pendant 6 jours

PULMICORT POUR NEBULISATION - MASQUE DE NEBULISATION

x3/j , pendant 3 jours

T=8317

Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologue
404 Rés. Safaa, 3ème étage, Appt. N°15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca
Am. Tél: 0522 21 45 46
M. Tél: 091235101

83,70