

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0005744

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928

Société : 194983

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELABED HALIMA

veuve OSSARI

Date de naissance : 01.01.1952

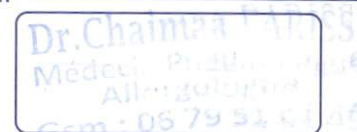
Adresse : Groupe K Rue 156 n°18 Eloufa - Casablanca

Tél : 066781153

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09.01.2024

Nom et prénom du malade : BELABED HALIMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : BRUCELLOSE AIGUE

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13.01.2024

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

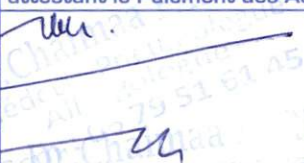
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**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


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
09/01/2024		CS	300DH	
18/01/2024	Contrôle Nébulisation	150DA		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/24	376,90
	18/01/24	123,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

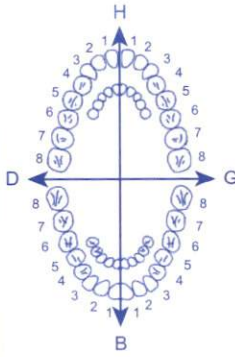
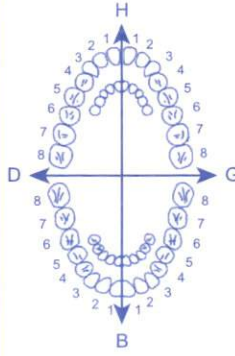
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																									
				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. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Pneumophtysiologie - Asthme et allergies  
Exploration Fonctionnelles Respiratoires  
Exploration du sommeil et ronflement  
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



## الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
للخبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي  
فحص اضطرابات النوم والشخير  
المساعدة للإقلاع عن التدخين

## ORDONNANCE

Casablanca le: 09/1/2024

Halima BELABED

79,90  
+

Curator sup



1/2 canis x 3/j pr 3semain.

297,00  
+

Symbicort doo.



28 x 2/j pr 1 mois

T= 376,90

Dr. Chaimaa FARISSI  
Médecin Pneumophtisiologue  
Gsm: 06 79 51 61 45

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220 232 44 44 Oued Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13  
ICE: 002291220009971

SYNTHEMEDIC

22 rue soubert bneu al aouam roches  
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

2000 µg

Pde pnh

Flacon de 120 doses

10474DMP/21NRQ P.P.V: 297,00 DH

9 118001 020706

WT213  
03/2026

Lot:  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC: 79,50 DH



# Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-ptisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies  
Exploration Fonctionnelles Respiratoires  
Exploration du sommeil et ronflement  
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



## الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
للکبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي  
فحص اضطرابات النوم والشخير  
المساعدة للإقلاع عن التدخين

## ORDONNANCE

Casablanca le:

18.01.2024

DEL ARBES.

69,00 x 2

64,50 x 2

39,90

+

Exomac S.

1 cp / 8 pmt 10 jours

1 cp x 3 pmt 5 jours

T = 173,40

Dr. Chaimaa FARISSI  
Médecine Pneumologue  
Allergologue  
Gsm : 06 79 51 61 45  
ICE: 00229122000071  
Casablanca - Tél: 05 29 96 03 98  
Lotissement Messimi Lot.48, Appt. 3B 3ème étage, En face de Marjane Hay Hassani

**BioVanic 500 mg**  
5 Comprimés   
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

**BioVanic 500 mg**  
5 Comprimés   
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

LOT 23011  
PER JUL 25  
PPV 39DH90

LOT : M0997  
PER 03/2025  
PPV : 64.50 DH

  
LOT: M0996  
PER: 03/2025  
PPV: 69.00DH