

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

- 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



196200

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044750

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3248 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELLAL SIDKI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066845144 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0044750

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

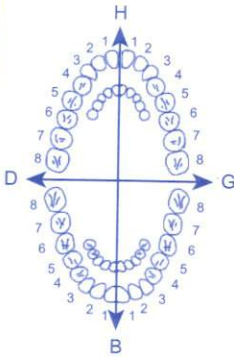
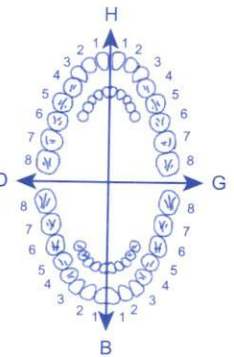
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 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

VOLET ADHERENT

0044700

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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | |
|---|---|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps. | - LES CURES THERMALES |
| | - LA CIRCONCISION |
| | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

payement

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 867228

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *BELLAL Sidki*
Matricule : *3248* Fonction : *RETRAITE* Poste :
Adresse : *TOHANA AOUT*
Tél. : *0668406144* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age *67*
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : *01.02.24*
Nature de la maladie : *Allogénie*
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A *MRK* le *01/02/24* Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois



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
1-2-24		CS	250DH	Dr Farid BADRI Pneumologue-Allergologue Tabacologue Av Abdelkrim EL Khattabi Rés Rokaya Bloc B N°25 Marrakech Tél: 05 24 42 01 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE INANESS N°9 km 9 Route Tahana Coopérative de Ras Dr. LAMI NARISS Tél.: 05 24 38 16 58 072079353	01/02/2024	445,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Farid BADRI Pneumologue-Allergologue Tabacologue Av Abdelkrim EL Khattabi Rés Rokaya Bloc B N°25 Marrakech Tél: 05 24 42 01 37	1-2-24	RT	200DH

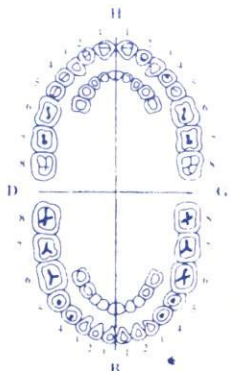
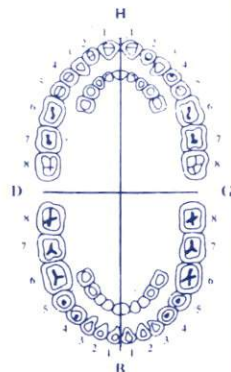
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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														
				MONTANT DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Farid BADRI

- Spécialiste des maladies respiratoires allergiques et tuberculose
- Spécialiste dans le sevrage tabagique - Université de BORDEAUX -

- Tests cutanés allergologiques
- Exploration fonctionnelle respiratoire
- Fibroscopie bronchique



Dr Farid Badri
PNEUMOLOGUE

د. فريد بدري

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي، الحساسية والسيل
إختصاصي في الإقلاع عن التدخين
- جامعة بوردو -

- التحليلات الجلدية للحساسية
- فحص الوظيفة التنفسية
- منظار القصبات الموائية

Marrakech le 01 février 2024

Mr. SIDKI Bellal

115.00
AVAMYS NASAL SPRAY 120 DOSE

S.V

99.70
66.40
33.20
1 pulv / narine 2x/j pdt 1 mois

LABIXTEN 20 MG CP

S.V

78.60 x 2
1 cp par jour le soir pendant 2 mois

ALORA 5MG CP

S.V

1 CP PAR JOUR PENDANT 2 MOIS LE SOIR

TOTAL = 445.10

PHARMACIE JNANE ATLAS
N°9 km 9 Route de l'Anapout
Coopérative Médicale
Dr. LAMI NAJIB
Tel.: 05 24 38 16 58

072079353

Dr Farid Badri
PNEUMOLOGUE

Dr Farid BADRI
Pneumologue-Allergologue
Tabacologue
Av Abdelkrim EL Khattabi Rés Rokaya
Bloc B N°25 - Marrakech
Tél: 05 24 42 01 37

📍 180, Bd. Abdelkrim El Khattabi, Rés. Rokaya, Bloc B, 3^{ème} Etage, N° 25, Guéliz - Marrakech

INPE: 071201537 ICE : 002068362000036 Patente: 45101043

☎ +212 5 24 42 01 37 ☎ +212 6 66 08 92 13

📧 @DrBadriPneumo

📧 cabinetfaridbadri@gmail.com

LABIXTEN 20mg
30 comprimés



6 118000 230656



LABIXTEN 20mg
20 comprimés



6 118000 230649



LABIXTEN 20mg
10 comprimés



6 118000 230632



ALORA 5 mg ○
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410096

ALORA 5 mg ○
20 Comprimés
Deva Pharmaceutique



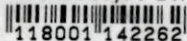
6 118000 410089

Avamys[®]

27,5 microgrammes/pulvérisation
Suspension pour pulvérisation nasale
Furoate de fluticasone

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH

ID: 652188



6 118001 142262

EN LES DOSES PRESCRIT
tiqument sur ordonn

Dr. Farid BADRI

• Spécialiste des maladies
respiratoires allergies et tuberculose
• Spécialiste dans le sevrage tabagique
- Université de BORDEAUX -

- Tests cutanés allergologiques
- Exploration fonctionnelle respiratoire
- Fibroscopie bronchique



Dr Farid Badri
PNEUMOLOGUE

د. فريد بدري

إختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسي، الحساسية والسل
إختصاصي في الإقلاع عن التدخين
- جامعة بوردو -

- التحليلات الجذدية للحساسية
- فحص الوظيفة التنفسية
- منظار القصبات الهوائية

COMPTE RENDU DE LA RADIOGRAPHIE THORACIQUE FACE

Marrakech le 1^{er} février 2024

Nom et prénom : M. SIDKI Bellal

- Absence de lésion parenchymateuse d'allure évolutive.
- Les cils de sac pleuraux sont libres.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.
- Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.

Dr Farid Badri
PNEUMOLOGUE

Dr Farid BADRI
Pneumologue-Allergologue
Tabacologue

Av Abdelkrim El Khattabi Rés Rokaya
Bloc B N°25 Marrakech
Tél: 05 24 42 01 37

📍 180, Bd. Abdelkrim El Khattabi, Rés. Rokaya, Bloc B, 3^{ème} Etage, N° 25, Guéliz - Marrakech

INPE: 071201537 ICE : 002068362000036 Patente: 45101043

☎ +212 5 24 42 01 37 ☎ +212 6 66 08 92 13

📧 @DrBadriPneumo

📧 cabinetfaridbadri@gmail.com

Dr Farid BADRI

Pneumologue - Allergologue

- Tests cutanés allergologiques
- Exploration fonctionnelle respiratoire
- Fibroscopie bronchique



Dr Farid Badri
PNEUMOLOGUE

د. فريد بدري

متخصص في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية والسل

- التحليلات الجلدية للحساسية
- فحص الوظيفة التنفسية
- منظار القصبات الهوائية

FACTURE

Le: 01/02/2024

Nom et Prénom : Mme /Mr/Enf : SIDKI BELLAL

- | | | |
|----------------|---|-----------|
| ➤ CONSULTATION | : | 250.00DHS |
| ➤ RADIO THORAX | : | 200.00DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : Quatre cent cinquante dirhams

Dr Farid BADRI
Pneumologue-Allergologue
Tabacologue
Av Abdelkrim EL Khattabi Rés Rokaya
Bloc B N° 25 - Marrakech
Tél: 05 24 42 01 37