

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0026625

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07470 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ASNI ABDERRAHMANE
 Date de naissance : 06-01-1962
 Adresse : Rue 9 Emb 19 APTS N°202 H.H. Co. Co.
 Tél. : 06 922 8323 Total des frais engagés : 670 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. HIND BAKKAL
Pneumo-Physo-Allergologie
193, Boulevard Mohammed VI
3ème Etage, Appt 8 - Casablanca
Tél. 06 63 20 44 92

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2024
 Nom et prénom du malade : Ksini Jamila
 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 : Casablanca Le : 20/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
30/04/2014		CST	200	DR. HIND BAKKAL Pacum - Phospho - Amalgam 193, Boulevard Oum Rabia Oulla 2ème Etage App. C - Casablanca Tél. 06 63 20 44 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. Abdelaziz TIR 58, Route Moulay Thami Casablanca (Mazola Hay Hassani) Tél. 0522 90 21 67	2002-22-4700	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

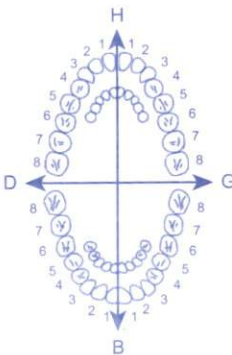
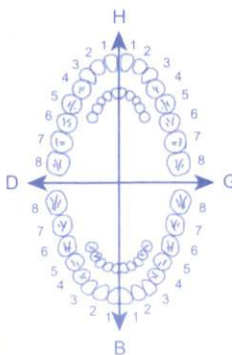
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																
	<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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 BAKKAL

Spécialiste en Pneumo-Phthisio-Allergologie

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca
Asthme - Tuberculose - Allergie
Bronchoscopie
Tests cutanés - EFR (Spirométrie)
Aide au sevrage tabagique
Maladies professionnelles
Ronflements et apnées du sommeil



د. هند بقال

أخصائية في أمراض التنفس، الحساسية والربو

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
الضيق، السل و الحساسية
الفحص بالمنظار
فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية
الإقلاع عن التدخين
الأمراض المهنية
الشخير و توقف التنفس أثناء النوم

Casablanca le : 20/02/2024 : الدار البيضاء

Mme Ksini Jarila

1) Disminuere 12 gouttes 15

2) Sepe 12 15

3) Azia 12 15

4) Mycoderm 12 15

5) Mycoderm 12 15

6) Mycoderm 12 15

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. Abdelaziz TIR
58, Route Moulay Tahar
Casablanca - Mazola Hay Hassani
Tél: 05 22 90 21 67

Dr. HIND BAKKAL
Pneumo-Phthisio-Allergologie
193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa, 3^{ème} étage, Apt 8, Casablanca
Tél: 05 22 93 86 14 / E-mail: bakkalhind@gmail.com

193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa, 3^{ème} étage, Apt 8, Casablanca
Tél.: 05 22 93 86 14 / E-mail : bakkalhind@gmail.com

SEPCEN[®] 500 mg

ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

LOT: 230182
PER: 12/2025
PPV: 7,80 DH

عن طريق المهبل

N° AMM:

243/16 DMP/21/NRQ

علبة من 3 بويضات

MYCODERME[®] 150 mg

3 ovules

LOT: 08122027

PER: 12/2024

PPV: 38,00 DH



6 118000 230168

AZIX[®] 500 mg

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

LOT: 08122027
PER: 12/2024
PPV: 38,00 DH

Lot:

231160

A consommer

avant le:

11/2026

PPC: 89,50 DH



2026-10

LOT

308676

150 DH

PPC: