

## 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

- 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 Aliat Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aliat 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

N° W21-793075

166761

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 11052 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HOUEL ABDEL FATH

Date de naissance : 19/07/1975

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2023

Nom et prénom du malade : HOUEL RITAJE Age : 9

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

Nature de la maladie : ASTHME

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 : RAM Le : 20/06/23

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
20/6/2023	CS		70.000	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.0.23	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

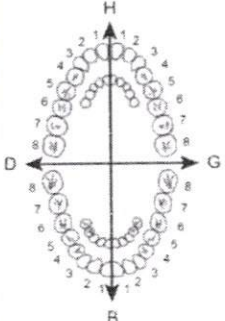
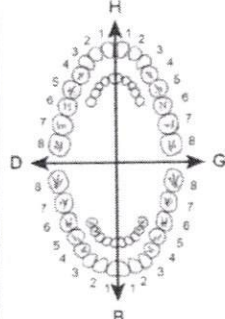
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS 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

# Docteur BEN M'RAD DOGGUI Sonia

Professeur Agrégé en Pneumologie et Allergologie

Ennasr Medical (Mitoyen de la Clinique ENNASR)

50, Avenue de L'ère nouvelle Ennasr II

Tél : (+216) 70 832 222 Fax : (+216) 70 832 223

Mail : sonia.benmrاد@planet.tn

Consultation sur Rendez-Vous

الحكيمة سنية بن مراد الدقي

استاذة مبرزة في الامراض الصدرية و الحساسية

النصر الطبي (محاذية لمصحة النصر) 50, شارع العهد الجديد النصر 2

الهاتف : (+216) 70 832 222 الفاكس : (+216) 70 832 223

البريد الالكتروني : sonia.benmrاد@planet.tn

العيادة بالموعد

Tunis le : mardi 20 juin 2023

Enfant HILEL Ritaj

SERETIDE 100 DISKUS

1) 1 Dose matin et soir pendant 1 mois..

AEROL spray

2) 2bouffés à la demande

ASMULAIR 5

3) 1 comprimé à croquer le soir pendant 1 mois

PERINASE

4) 1 inhalation par narine et par jour, le matin pendant 1 mois

SALBUTAMOL

5) 5ml trois fois par jour pendant 5j

PRIMAPRED 20:1 Comprimé le matin pendant 3j

6)

ans Visiette

PHARMACIE  
Mme DHOUIB MOUNIRA  
Née KAMOUN  
Av. de l'ère nouvelle Ennasr I  
Tél : 70 832.393  
CNAM: 1/10909/45 - MF: 287949/KCP/000

Professeur Sonia BEN M'RAD DOGGUI  
Ennasr Medical (Mitoyen de la Clinique ENNASR)  
Spécialiste de Pneumologie et Allergologie  
+216 70 832 222 70 832 223

**PHARMACIE****DHOUB MOUNIRA**

Av. de l'Ere nouvelle ENNASR I

Tél : 70 820 394 / Fax : 70 820 393

Code TVA : 287949/K/C/P/000

N° CNAM: 1/10909/45

**PHARMACIE**  
**Mme DHOUB MOUNIRA**  
**Née KAMOUN**  
**Av. de l'Ere Nouvelle Ennasr I**  
**Tél: 70.820.393**  
**CNAM: 1/10909/45 - MF: 287949/KCP/000**

Malade :

20/06/2023

Code pct	Articles	N° Ordon.	Qté	Prix Unt	
104792	SERETIDE DISKUS 100/50 µg BT/60		1	44.250	44.250
300858	AEROL 100 µg FL/200 DOSES /		1	6.175	6.175
303412	ASMULAIR 5 MG BT/30 CP A		1	42.940	42.940
303064	PERINASE 50 µg FL/120 DOSES		1	13.815	13.815
300194	SALBUTAMOL 2 MG/5ML FL/150 ML		1	5.150	5.150
302740	PRIMAPRED 20 MG BT/20 CP / CP		1	7.870	7.870
				<b>Total</b>	<b>120.200</b>

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de :  
cent vingt Dinars 200 millimes

**VIGNETTE 2/3**  
**ASMULAIR 5mg**  
**30 Comprimés**  
**PPT: 42.700+0.240 DT**

**VIGNETTE**  
**SALBUTAMOL SIMED**  
**2mg/5ml flacon 150 ml**  
**Prix : 4,910 + 0,240 DT**

**VIGNETTE**  
**PRIMAPRED 20 MG**  
**Comprimés BT/20**  
**Prix: 7,630+0,240 DT**

**Vignette**

**AEROL 100 µg**  
**Aérosol doseur 200 doses**

**PERINASE 50 µg**  
**Spray nasal FL/120 Doses**