

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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

N° W21-668184

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

05543

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ROKHA SA YOUSSEF

Date de naissance :

25-04-1963

Adresse :

6 Rue Beyroute lot EL Irakia
Berrechid - 26100

Tél. :

0677857461

Total des frais engagés :

197,90

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 :

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 :

Berrechid

Le :

04/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

BERRADA Omar 31/08/23 197.90

Pharmacie Chaouia 26102
182, Av. Moulay Ismail, 72.29
Berrechid - Tél. : 0522 33 72.29
INPE : 062018379

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 : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés
Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie
Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies
liées au tabac - Maladies professionnelles



إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - إختبار الحساسية
مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين
الأمراض المهنية

Berrechid, le 27/06/2023

197,90 x 2

Mr ROKHSSA Youssef

FORMALAIR

1 Gélule à inhaler le matin 1 Gélule à inhaler le soir pendant 6 mois



FORMALAIR® 12µg
Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules

60 gélules

PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025

FORMALAIR® 12 µg
60 gélules

☐ Remboursable AMO



6 118001 320455

FORMALAIR® 12µg
Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules

60 gélules

PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025

FORMALAIR® 12 µg
60 gélules

☐ Remboursable AMO



6 118001 320455

Tel: 09 22 03 55 35 - e-mail: dr.zaidan@sara@gmail.com - ICE: 00261790000088

111, angle Bd. Mohamed V et Omar Ibn El Khattab, Appartement N° 6

3ème étage l'ascenseur disponible au 1er étage Berrechid

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

ROKHBA YOUSSEF

Matricule :

05543

N° CIN :

E753063

Adresse :

6 Rue BEYROUTE LOT EL IRAKIA BEIRRECHIO

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Dr. ZAIDANE Sara

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. Zaïdane Sara

Spécialité :

Endocrinologie

N° ICE :

1093263543

N° INPE :

061251919

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Dokhse Youssef

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☒ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Bécco post diabétique sr Dyspnée d'effort stade I mDRC
- Spromète, S de plus cours adénome**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Formalair

1 gel à inhaler x 2/1, pendant 6 seds

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

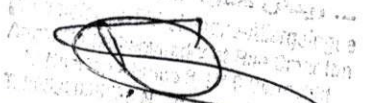
Fait à :

Beirrech

le

26 Juin 2023

Cachet et signature du médecin traitant :



* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

PHARMACIE, CHAOUIA

BD MY. ISMAIL

BERRECHID

Tel: 022.33.72.29

Patente: 40712775 R.C. 1926

ICE: 001668941000040

Facture N°: 37 034

Ref N°: 31/08/23/ 157

Client: ROUKHSSA YOUSSEF

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
-----------------	-------	-----	---------------	-----------

FORMALAIR 12 UG X 60	CO	1	197,90	197,90
----------------------	----	---	--------	--------

Total à Payer:	197,90
----------------	--------

La présente facture est arrêtée à la somme de:

CENT QUATRE VINGT DIX-SEPT DIRHAMS QUATRE VINGT DIX CENTIMES###

Le : 31-août-2023

BERRADA Omar
Pharmacie Chaouia
182, Av. Moulay Ismail, 26102
Berrechid - Tél. : 0522 33 72 29
INPE : 062018379

FORMALAIR® 12µg
Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules

60 gélules



PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025