

## 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 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 tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-668184

A73962



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05543

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ROKHSSA YOUSSEF

Date de naissance :

25-04-1963

Adresse :

6 Rue Beyrouth lot El Idrakia  
Berrechid - 26100

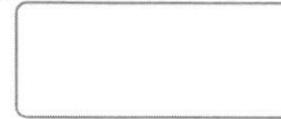
Tél. : 0677857461

187,90

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) :

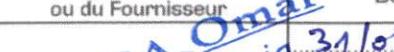


## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
<b>RRADA Omar</b> Pharmacie Chaouid Moulay Ismail, 26102 0522 33 72 29 9379	31/08/23	197,90

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date
		
<b>BERRADA Omar</b> Pharmacie Chouioi 182, AV. Moulay Ismail, 26102 Berrechid - Tel. : 0522 33 72 29 INPE : 062018379		
ANALYSES -		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
T		

**[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



اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - اختبار 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 inhale le matin 1 Gélule à inhale le soir pendant 6 mois

BERRECHID  
Pneumologue  
Adultes et enfants  
Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie  
Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies  
liées au tabac - Maladies professionnelles  
Berrechid, 182, route de Chouïba, 29  
BP 182, 26018 Berrechid, Maroc  
Téléphone : 052233729  
Fax : 052233729  
e-mail : drzaidane.sara@gmail.com

**FORMALAIR® 12µg**

Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules  
**60 gélules**



PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025

**FORMALAIR® 12µg**

Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules  
**60 gélules**



PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

**Nom et prénom :** ROKHSSA YOUSSEF

Matricule : 05543

Nº CIN: E-753063

Adresse : 6 Rue BEYROUTE LOT EL IRAKIA BEIRYCHI

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Dr. ZAIDANE Sara - Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Pauline Gagné - Ph.D. candidate - Université de Montréal

Spécialité : Blanc Beau

Nº INPE : 061251019

Certifie que Mlle, Mme, M. : Dokisse Yann

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 :

- BCO post tabagisme sr Dyspnée d'effort stade I mDRC  
- Spironette, sr de plus crise aéreuse

**Dont ci-joint ordonnance :**

### Traitements prescrits :

## Formular.

regal - a' Inhaler x 2 für jeden Endo

Je déclare ~~les~~ les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Berck le 12/01/2022

#### Cachet et signature du médecin traitant :

du meurtre traitant :

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie 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 Chaozia  
182, Av. Moulay Ismail, 26102  
Berrechid - Tel. : 0522 33 72 25  
INPE : 062018379*

