

# 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



## Declaration de Maladie

N° W21-789404

77404

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
 Matricule : 05543 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ROICHA SA YOUSSEF  
 Date de naissance : 25-04-1963  
 Adresse : 6 Rue Bayroute lot EL IRAKIA Berrechid  
 Tél. : 0677857461 Total des frais engagés : 197,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age: 60 ans  
 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 : 02/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :







**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 :

**ROKHSBA YOUSSEF**

Matricule :

**05543**

N° CIN :

**E753063**

Adresse :

**6 Rue BEYROUTE LOT EL IRAKIA BEZRECHIO**

Bénéficiaire de soins :

Adhérent

Conjoint

Enfant

Dr. ZAIDANE Sara **زيدان صارة**

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné :

**Dr. Zaidane Sara - Pneumologue - Allergologue**

Spécialité :

**Pneumologie**

N° ICE :

**1493203783**

N° INPE :

**061251919**

Certifié que Mlle, Mme, M. :

**Rokhsba 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 tabagique et Dyspnée d'effort stade I mDRC  
- Spirométrie, S de plus que normale**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Formalair.**

**1 gel à inhaler x 2/1, pendant 6 septs**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

**Bezrech**

le

**28 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

Facture N°: 42 623

Ref N°: 02/10/23/ 117

Client: ROKHSSA 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 : 02-octobre-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

**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**

FORMALAIR® 12 µg

60 gélules

Remboursable AMO



PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025

**BERRADA Omar**  
Pharmacie  
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**

FORMALAIR® 12 µg

60 gélules

Remboursable AMO



PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025

T = 395,80