

# 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.



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

## Declaration de Maladie

N° W21-789404

77401

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 05543

Matricule : 05543 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROICHSSA YOUSSEF

Date de naissance : 25-04-1963

Adresse : 6 Rue Bayroute lot EL IRAXIA  
Barrechid

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 : 03-05-2023

Nom et prénom du malade : ROICHSSA YOUSSEF Age : 60 ans

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Barrechid

Le : 02/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

02/10/23 197,90

### 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.

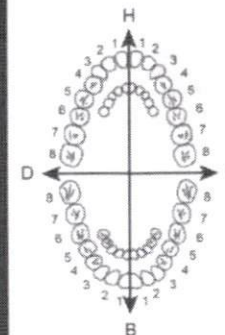
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 G  
 00000000 00000000  
 35533411 11433553  
 B

[Création, remont, adjonction]

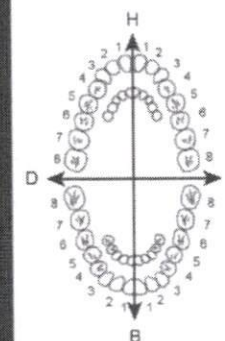
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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





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 :

ROKHBA 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

Spécialité :

Pneumologie

N° ICE :

1403203783

N° INPE :

061251919

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Rokhba 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 de 50% de la normale

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Formalair.

1 gel à inhaler x 2 / r pendant 6 j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Bezrech

le

20

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



**Dr ZAIDANE Sara**

**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



**د. زائدة سارة**

**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

**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**

**FORMALAIR® 12 µg**  
60 gélules

☐ Remboursable AMO



PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025

**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

Tél. : 05 22 03 55 35 - e-mail : dr.zaidanesara@gmail.com - ICE : 002611790000088

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

3ème étage (ascenseur disponible au 1er étage) Berrechid

T = 395,80