

## 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](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)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-521154

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **23491**

Matricule : **3725** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **MAJBAR Mohamed**

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : **300 + 442,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Nouzha TROMBAT**  
Professeur de Pneumophysiologie  
et Allergologie  
04, Bd. Abdelmoumen Ter El Fek  
Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Date de consultation : **24/2/2020**

Nom et prénom du malade : **Majbar Mohamed** Age : **51 ans**

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

Nature de la maladie : **bronchite avec toux**

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 : \_\_\_\_\_ Le : **24/2/2020**

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
21/12/20	3		30000	Dr. Nouzha TROMBATI Professeur de Pneumophysiologie et Allergologie 104, Bd. Abdelmoumen 1er étage Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHANDI PHARMACIE DE LISBONNE 18, Ave. Abdelmoumen, KHAIRABI Casablanca N°P: 092000299 N°P: 0522 28 93 76 N°P: 0522 83 02 75 / Tél/Fax	24/02/2020	442,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

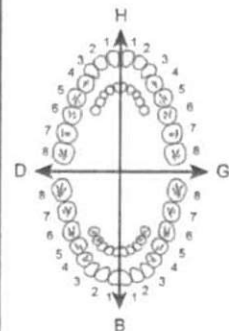
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

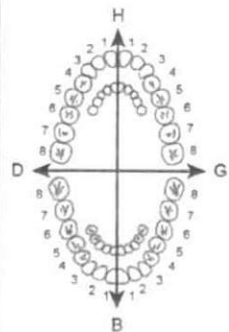
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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 Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire  
de Pneumophthisiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose  
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique  
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique  
Evaluation Fonctionnelle Respiratoire



## الدكتورة نزهة طرنباطي

أستاذة جامعية اختصاصية  
في أمراض الصدر والجهاز التنفسي  
داء السل - أمراض الربو والحساسية  
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية  
ليقة التنفسية

58,40

Solupred<sup>®</sup> 20mg

INPE: 092000298  
Tél: 0522 83 02 75 - Tél/Fax: 0522 28 93 76  
18, Rue Abdelkhalik el-Abdouni - Casablanca  
Mme. TATTAI  
GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE

58,40

1) Solupred 20mg  
dispensable

3cp/j le matin ap

x 6 j

(le jour: à prendre après le repas)

11,00

2) Omegren gel Long

126,30 x 2 gel/j A jeun

3) Augmentin

1 sachet x 3/j x 6 j

LOT 150430  
EXP 10/2022  
LOT 99040 A

PPV: 126,30 DH  
LOT: 620104  
PER: 02/21

PPV: 126,30 DH  
LOT: 620104  
PER: 02/21

LS.20

4) xyzal 40 mg

15.30 14/1 le soir au  
coucher x 10j

5) vit C 1000

14/1 le matin

Dr. Mohamed TOMBATI  
Professeur de Pneumophthisiologie  
et Allergologie  
104 Bd. Abdelmoumen 1er étage n°  
Casablanca - Tél. 05.22.25.25

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE  
Mme. TAZI Nadia  
18, Rue Abdelmoumen KHATABI - Casablanca  
Tél: 0522 03 02 75 - Tél/Fax: 0522 28 93 76  
NMP: 092000298

442.50