

## 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-665604

103636

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12767 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Amina Tagamouati

Date de naissance : 25/11/1985

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2151,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2021

Nom et prénom du malade : GRAMMATE YANIS

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

Nature de la maladie : Affection allergique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2022

### 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

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/11/2021      |                   | 3 x 15                | 1200 DH                         | INP : <input type="text"/>                                     |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| STE PHARMACIE GOLF CITY<br>Centre commercial Boukoura Golf city<br>RDC N° 9 - Boukoura - Casablanca<br>Tel: 0522 59 07 09 | 12/11/2021 | 952,50                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

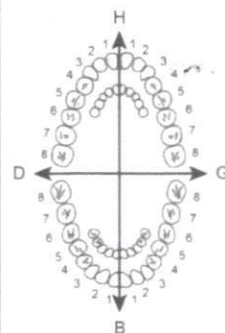
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

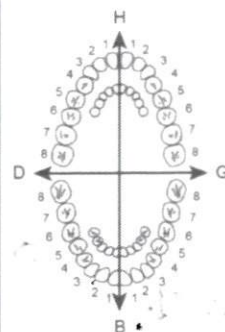
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(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 NAJI Nawel - Sophie

**Immuno-allergologue**

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

**Consultations sur rendez-vous**

الدكتورة نجى نوال صوفي

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الربو - كزيمية

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب بوردو

طبيبة أخصائية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

le 12 - 11 - 2021

GRAMMARTE Janis

199,00€

• SECRETIDE duo kus 100

1 Asp Matin & Soir — 2 mois

167,50

enviroscab

30 Jours pas ts les 3 Jours — 1 fl

362,00

erlus sirap

Le jour d'arrêt.

17 J le Soir — 2 mois

153,00

Ventoline sibexin

1 fl

30 Sirap avec

chambre

Maque Adulte

951,50

**STE PHARMACIE GOLF CITY**

Centre commercial Beauséjour Golf city  
RDC N° 9 - Beauséjour - Casablanca

48, Rue SOCRATE ( Niveau stade d'honneur, face CNSS)

Maarif extension - Casablanca - Tél/Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

Docteur NAJI Nawel -Sophie

Immuno-allergologue

الدكتورة نجي نوال صوفي

اختصاصية في أمراض الحساسية

## Facture

Je soussignée Dr NAJI Nawel -Sophie certifie avoir perçu la somme de.....

1200 DH Oulu deup Ceeta

3 KIS

Tests d'allergie Alimentaire et  
Respiratoire

pour Mme

CHAMMARTY Yanis

le 12-11-2021

48, Rue SOCRATE ( Niveau stade d'honneur, face CNSS)

Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

ICE : 001648420000043

**Docteur NAJI Nawel-Sophie**

**Immuno-allergologue**

Membre cadre de l'ANAFORCAL

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

**Consultations sur rendez-vous**

**الدكتورة نجى نوال صوفي**

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الربو - كزيمية

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب بوردو

طبيبة أخصائية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

le 12-11-2021

**TESTS CUTANES ALLERGIQUES respiratoires et alimentaires**

**Ghammarte yanis**

| TEMOINS | PRICKs |
|---------|--------|
| NEGATIF | 0 0    |
| POSITIF | 6 35   |

|                   |       |
|-------------------|-------|
| D pter            | 8 30  |
| Dfar              | 8 30  |
|                   |       |
| Chien             | -     |
| Chat              | -     |
| 5 graminées       | -     |
| Aspergillus       | -     |
| Alternaria        | -     |
| Cladosporium      | -     |
| Blomia            | 12 50 |
| POLLENS DE CYPRES | -     |
|                   |       |
| POLLENS D OLIVIER | -     |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |

|           |   |
|-----------|---|
| Œuf J / B | - |
| LDV       | - |
| ble       | - |
| arachide  | - |
| Soja      | - |
| sesame    | - |
| noisette  | - |
| poisson   | - |
| crevette  | - |
| kiwi      | - |
|           |   |
| cheval    | - |
|           |   |
|           |   |
|           |   |
|           |   |
|           |   |
|           |   |
|           |   |
|           |   |
|           |   |

**conclusion**

**Hypersensibilité allergique immédiate aux ACARIENS  
tres forte**

*(Signature)*  
Docteur Nawel-Sophie  
Immuno-allergologue