

## 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° W21-768271

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

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

Matricule : **13118** Société : **168011**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **Benali Nana**

Nom & Prénom : **Benali Nana**

Date de naissance : **21/08/1990**

Adresse : **8, rue popper mérimé, Darf Reufi, Naf**

Tél. : **0522912358** Total des frais engagés : **1057,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Noura KADIM**

Cachet du médecin : **Psychiatre**  
52, rue Socrate Rési. Islam  
Etg. 2, N°4, Maarif, Casablanca  
GSM: 06.12.02.65.28

Date de consultation : **11/05/2023**

Nom et prénom du malade : **BENALI MOUNA** Age : **32**

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

Nature de la maladie : **Trouble bipolaire**

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 : **Casablanca** Le : **12/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





**Dr Noura KADIM**



**د. نورة قديم**

الطب النفسي العصبي  
علاج الإدمان  
الطب النفسي للمسنين

Psychiatrie adulte  
Addictologie  
Psychogériatrie

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles
- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بريكمان ببروكسيل
- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 11/05/2023

Mme Houna BENALI

287,00  
180,00 x 2

Fluoxetine 20 mg

02 - 00 - 00



Date: 24/05/23  
N° Order: 00-110-111  
Qte: 1 Prix: 287,00  
1 180,00

III de 2 min

657,00



10/07/23  
00M0118  
1 180,00

Dr. Noura KADIM  
Psychiatre  
52, rue Socrate Résidence Islam 2ème étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maârif-Casablanca  
GSM: 06.12.02.65.28

52, زقة سقراط إقامة إسلام الطابق 2 رقم 4 (أمام وكالة الضمان الإجتماعي) المعارف - الدار البيضاء

52, Rue Socrate, Résidence Islam 2ème étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maârif - Casablanca

Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com

# Fluoxet<sup>®</sup>

## Fluoxétine

# 20 mg

30 Gélules  
Voie orale



LOT 223871 1  
EXP 11 2025  
PPV 180.00

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

# Fluoxet<sup>®</sup>

## Fluoxétine

20 mg

30 Gélules  
Voie orale



LOT 223871 1  
EXP 11 2025  
PPV 180.00

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

# Fluoxet<sup>®</sup>

## Fluoxétine

20 mg

30 Gélules  
Voie orale



LOT 223871 1  
EXP 11 2025  
PPV 180.00

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS