

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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



**MUPRAS**

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

## Declaration de Maladie

N° W21-789418

☒ Maladie 5543 ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05543 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 170799

Nom & Prénom : ROKHSSA YOUSSEF

Date de naissance : 25-04-1963

Adresse :

Tél. : 0677857461 Total des frais engagés : 595,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ZAIDANE Sara Bytoun  
Pneumologue-Phthysiologue-Allergologue  
Angle Bd Mohamed V et Rue Omar Ibn  
El Khattab - Etage N° 6 Serrechid  
Tél: 0522035535 N° Licence: 0619069584

Date de consultation : 27 JUIN 2023

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

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

Nature de la maladie : BPCO

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 : Benachid Le : 01/07/2023

Signature de l'adhérent (e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
27/06/2023		5	4200,00	INP: 0612519819

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/06/2023

395,80

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

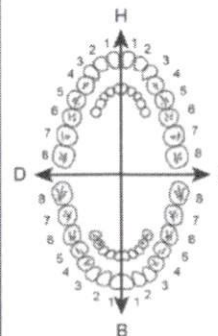
SOINS DENTAIRES

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

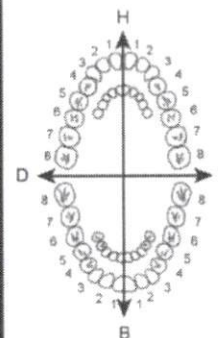
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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. زيدان صارة

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

Mr ROKHSSA Youssef

**FORMALAIR**

1 Gélule à inhaler le matin 1 Gélule à inhaler le soir pendant 6 mois



182, Av. Moulay Ismail, 26102  
Berrechid - Tél : 0522 33 72 29  
INPE : 06201 8379  
**Pharmacie Chaouia**  
**BERRADJA Omar**

**FORMALAIR® 12µg**

Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules

**60 gélules**

PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025



**FORMALAIR® 12µg**

Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules

**60 gélules**

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 5 et Omar Ibn El Khattab, Appartement N° 6,  
3eme étage (ascenseur disponible au 1er étage) Berrechid

T = 395,80