

## 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° W21-828213

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12277

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BEN BELAID Dounia

Date de naissance : 1975

Adresse : Habituelle

Tél : Habituel

Total des frais engagés : 1188,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid HACHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
13, Rue Air Taoujate - Casablanca  
Tél : 0522 48 08 91 - 0522 20 47 40

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ben Belaid Dounia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Respiration

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

Signature de l'adhérent(e) : 21.02.2024

Le :

Dounia

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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

02 JAN 2024

Dr. Rachid MACHAOUH  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
13, Rue Ain Taoujate - Casablanca  
Tel. 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Dr. Rachid MACHAOUH  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
13, Rue Ain Taoujate - Casablanca  
Tel. 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

02/01/24

588,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dr. Rachid MACHAOUH  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
13, Rue Ain Taoujate - Casablanca  
Tel. 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

02 JAN 2024

300

## 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 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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			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

## Dr, Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires  
Diplômé de la Faculté de médecine  
de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies  
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



## الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيق - السل - الحساسية

**Melle BENBELAID Dounia**

**02.01.2024**

Casablanca, Le : .....

35, w  
1 **SIPROZONE 20 MG**

102,60  
2 le matin, pendant 5 jours.

2 **AERIUS 5 mg cp pellic : B/30**

251, w  
1 le soir, pendant 30 jours.

3 **FOSTER SPRAY**

74,70 x 2  
Inhaler 2 bouffées le matin et le soir, pendant 1 semaine. PUIS 1 BOUFFEE 2 FC  
PAR JOUR PDT 1 MOIS

4 **ZITHROMAX 500**

1cp/j pdt 1j puis prendre 1/2 comprimé par jour, pendant 6 jours.

**Dr Rachid INCHAOUH**

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
13, Rue Ain Taoujtat - Casablanca  
Tél.: 0522 48 08 94 / 0522 20 47 40

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
15 - 16, Rue Kergomar  
Résidence Antar - Casablanca  
Tél. 022 79 79 01

588 w  
13, زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول ( قرب مصحة بدر ) الدار البيضاء  
13, Rue Ain taoujtat-Résidence Iliass 1<sup>er</sup> Etage ( en Face Clinique BADR ) - Casablanca  
الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40



# زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص مغلفة / 500 مغ

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV.: 0 1 2 0 2 5

P.P.V.

79 70

LOT N°: G X 4 4 2 3



# زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص مغلفة / 500 مغ

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV.: 0 1 2 0 2 5

P.P.V.

79 70

LOT N°: G X 4 4 2 3

Foster 100/6 $\mu$ g, solution pour  
inhalation en flacon pressurisé

■ Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

**Ne pas dépasser la dose prescrite**

احترم الجرعات الممنوعة

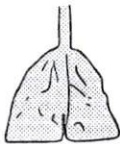
Uniqu

ste I)  
gnance



Dr. Rachid INCHAOUH

SPECIALISTE DES MALADIES  
RESPIRATOIRES  
Diplômé de la Faculté de  
médecine de TOULOUSE  
Asthme, Tuberculose, Allergies  
respiratoires, Endoscopie, Spirometrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في امراض الجهاز  
التنفسي  
خريج كلية الطب  
بتولوز  
الضيق، السل، الحساسية

Casablanca, le .....

02 JAN 2024

### NOTE D'HONORAIRES

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à

M .....

Ben Fil Aid Danni

Et vous adresse selon l'usage, ma note d'honoraires

Soit la somme de :

300,00 dh

Pour Mr Ben Fil Aid Danni DHS.

SIGNATURE

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires

13, Rue Ain Taoujtate - Casablanca  
Tél.: 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

13, زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء  
13, Rue Ain TAOUJTATE - Résidence Ilias - 1er Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca  
المحمول: 061.15.03.63 - الهاتف: 022.48.08.94