

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

199778

**Déclaration de Maladie**

M23- N° 0037806

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL HLOU Aïssa  
Date de naissance : 03.04.1976  
Adresse :  
Tél. : 0666-60878 Total des frais engagés : 723.30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2024  
Nom et prénom du malade : EL HLOU Aïssa Age : 47  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchite + fièvre respiratoire  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Asilah Le : 04/03/2024  
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
04/08/2024	Cou		250,00	
INPE : 091035188				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ROUTE D'AZEMOUR</b> Maymouni 1000 Ouada Bloc 607 N°57 - Casablanca Tél : 09 205 1085 INP : 092051085	04-03-24	273,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/08/2024	Rx thorax FAC	209,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Nawal BENOUGHOU

Pneumologue - Allergologue

Adultes & Enfants

Asthme - Allergies - Tuberculose

Spirométrie - Pléthysmographie

Tests Cutanés - Bronchoscopie

Ex. Pneumologue à l'Hôpital Al Hassani

et Hôp 20 Août - Casablanca



## الدكتورة نوال بنوحد

إخصائية في أمراض الجهاز التنفسي

الكبار و الأطفال

الضيق الحساسية داء السل

فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية

التشخيص بالمنظار

طبيبة سابقا بالمستشفى الحسني

و المستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le

04/03/2024

MR EL HLOU AISSA

- 95/00
- Efloxin500

1 Comprimé, milieu du déjeuner, pendant 7 jours

- 79/00
- Apixol - solution buvable

1CAS x 3/j pdt 7J

- 59/30
- Brexin 20 mg - comprimé effervescent

1CP /J PDT 5J

- 40/00
- Predni cooper 20 mg - comprimé effervescent sécable

3CP/J LE MATIN APRES PETIT DEJEUNER PDT 3J

= 273,30

PHARMACIE ROUTE  
D'AZELMOUR  
Hay Hassani - Casablanca  
Bloc 607 N° 57 - Casablanca  
Tél : 05 22 50 38 99

PHARMACIE ROUTE  
D'AZELMOUR  
Hay Hassani - Casablanca  
Bloc 607 N° 57 - Casablanca  
Tél : 05 22 50 38 99



8 032578 477337

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,00 DH

230871  
10/2026

Lot :

LOT : 230068  
EXP : 02/2028  
PPV : 95,00DH

PPV :

Exp :

59,30

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH):

40,00



## Dr Nawal BENOUBHOUD

Pneumologue - Allergologue

Adultes & Enfants

Asthme - Allergies - Tuberculose

Spirométrie - Pléthysmographie

Tests Cutanés - Bronchoscopie

Ex. Pneumologue à l'Hôpital Al Hassani

et Hôp 20 Août - Casablanca



## الدكتورة نوال بنوحود

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

الكبار و الأطفال

الضيق الحساسية داء السل

فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية

التشخيص بالمنظار

طبيبة سابقا بالمستشفى الحسني

و المستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le

04/03/2024

**MR EL HLOU AISSA**

### Radiographie du thorax : Face

**SYNDROME BRONCHIQUE BASAL BILATERAL**

**LEGERE DISTENSION THORACIQUE**

**Silhouette cardio-vasculaire est normale**

**Culs-de-sac pleuraux sont libres**

**Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.**

*Signature of Dr. Nawal Benouhoud*  
Dr. BENOUHOUD Nawal  
Pneumologue - Allergologue  
N° 8 Oulfa Al Wifaq Ferrara 1  
Tél : 05 22 65 88 61 - GSM : +212 661 711 424 - INPE : 091035188

## Dr Nawal BENOUBOU

Pneumologue - Allergologue

Adultes & Enfants

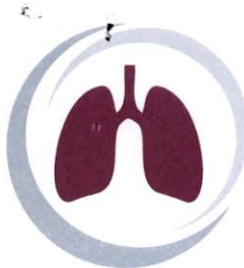
Asthme - Allergies - Tuberculose

Spirométrie - Pléthysmographie

Tests Cutanés - Bronchoscopie

Ex. Pneumologue à l'Hôpital Al Hassani

et Hôp 20 Août - Casablanca



## الدكتورة نوال بنوحود

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

الكبار و الأطفال

الضيق الحساسية داء السل

فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية

التشخيص بالمنظار

طبيبة سابقا بالمستشفى الحسني

و المستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le

04/03/2024

## Facture

MR EL HLOU AISSA

Acte	Honoraire
Consultation	250,00 Dh
Radiologie thoracique Z12	200,00 Dh
Total	450,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :  
quatre cent cinquante dirham(s)

*(Signature of Dr. Nawal Benouhoud)*  
Dr. BENOUBOU Nawal  
Pneumologue - Allergologue  
Rond Point Georges Bd Oum Rabii Rés Aya Lot N° 65, 3ème Etage  
N° 8 Oulfa Al Wifaq Ferrara 1 / E-mail : benouhoudnawal@gmail.com  
Tél : 05 22 65 88 61 - GSM : +212 661 711 424 - INPE : 091035188