

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-527050

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) **(23527)**

Matricule : **03721** Société : **RAN**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Benchekroun Farida**

Date de naissance : **17/05/1952**

Adresse : **3 Rue Nd Abdou Casablanca**

Tél. : **0663295535** Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Nouzha TROMBATI**  
Professeur de Pneumophysiologie  
et Allergologie  
14 Bd. Abdelmoumen 1er étage n°  
Casablanca - Tél : 05.22.25.35.55

Date de consultation : **21/3/2020**

Nom et prénom du malade : **F. Benchekroun Farida**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) : **Sander**

**03 MARS 2020**

**ACCUEIL 03/03/2020**

### 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
23/12/20	3		3000	Dr. M. A. 12099 Professeur de Neurophysiologie 104, Bd. Abdelmoumen Casablanca Tel: 67.22.25.25

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OLIVERI Narjisse BENNANI 55A, Rue Othman Benou Affan Casablanca Tel: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62	02.23.20	343,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

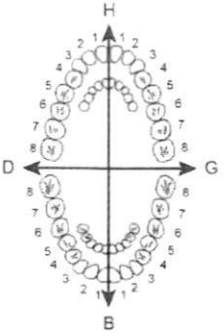
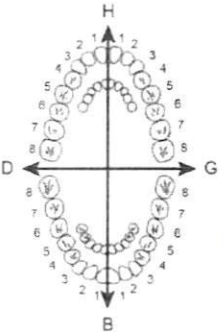
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[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

# Docteur Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire  
de Pneumophthisiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose  
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique  
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



## الدكتورة نزهة طرنباطي

أستاذة جامعية إختصاصية  
في أمراض الصدر والجهاز التنفسي  
داء البسل - أمراض الربو والحساسية  
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية  
التنظير القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : 2/3/2020 : الدار البيضاء، في

M<sup>me</sup> BencheKroun Faïda



1) claril 250

1 cp x 2 / j x 7j

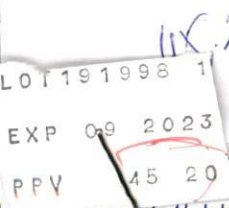


2) Effimed cp 20 mg  
dispensable

2 cp 1/2 j le matin après le  
dej x 5j

(ce j : à prendre après le déjeuner)

3) Esac 20 mg  
1 gel / j Avec



4) xyzall cp 500 mg  
1 cp / j le soir x 7j

PPV  
PER  
LOT  
50H30  
09/22  
12028-1

1530  
5)  
5500

Doliprane gel 500

1 gel x 2 / 1  
Sibecorin

Kintex 500mg

1 cad x 3



PPC: 55,00 DH



343:30

**Dr. Nouzha TROMBATI**  
Professeur de Pneumophthysiologie  
et Allergologie  
104, Bd. Abdelmoumen 1er étage n°  
Casablanca - Tél: 05.22.25.25.3

**PHARMACIE OLIVERI**  
Narjisse BENNANI  
55A, Rue Othman Bnou Affan Casablanca  
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62