

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
- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-705779

184629

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ALAOUI SOSSAI MED YANI
 Date de naissance : 27/07/1997
 Adresse : 150, RTE DE L'OASIS, RES TAWHARA
ETL 3, ALAO
 Tél. : 0666663994 Total des frais engagés : 303,10\$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17/09/23
 Nom et prénom du malade : ALAOUI SOSSAI MED YANI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie chronique
 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 : 17/09/23
 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
17/9/23	C 1		150 DH	INP: 081181826

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/09/23	153,12

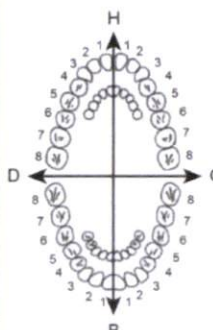
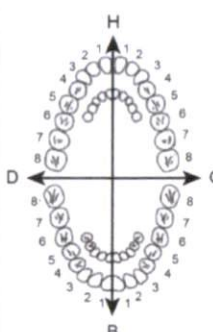
[illegible][illegible]

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae BENNANI SEBTI

Médecine Générale

Ex. Médecin Chef du service de médecine Hop. Sidi Sofi

Ex. Médecin Chef du Centre de Santé El Hank

Expert Assermenté près les Tribunaux

Echographie



الدكتورة وفاء بناني السبتى

الطب العام

طبيبة رئيسية سابقا بقسم الطب العام بمستشفى سيدي الصوفي

طبيبة رئيسية سابقا بمستوصف العنق

خبيرة محلفة لدى المحاكم

الفحص بالصدى

ALAOU SOSSAI YANIS

59,00 1B1/probiotique (1S)

1 vj

27,40 2) Zinter 1mg/ml (7S)

1c ml

Pharmacie TASSNIME
Lot. AL Moustakbal ADOHA
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 58 44 72

12,00 3) Doliprane 300mg (S)

1 sup x 3 vj

DR. OUAFAE BENNANI SEBTI
Médecin Généraliste Assermenté
Appt 5 - 1er étage - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 21 39

clenderm (1S)

3 vj x 1c

المستقبل 10 - عمارة 78 - الشقة 5 - الطابق الأول سيدي معروف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 21 39

Al Moustakbal GH N° 10 - Imm, 78 - Appt 5 - 1er étage Sidi Maarouf - Casablanca - Tél : 05 22 97 21 39

33/40 5) Amoxicil 500 mg / 5ml

1 L m x 2 (15) x 6

6) Neopred - y
4cp1, en 1 (15)

x 6

NEOPRED®
Prednisolone 5mg

Indications - Contre-indications - Posologie -
Mode d'emploi : Il y a des indications.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - الجرعات -
كيفية الإستعمال : اقرأ النسخة داخل

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

AMM N° : 281/19DMP/21/NNP

NEOPRED®
Prednisolone 5mg
30 comprimés
PPV : 20.50 DH
6 118000 191928

27,40

Zyrtec®

1mg/ml

Dichlorhydrate de cétirizine

Solution buvable
Flacon de 60 ml
Voie orale

زيرتيك®

محلول للشرب
قارورة من 60 مل
عن طريق الفم

1 ملغ/مل

ثنائي كلور هيدرات السيتيريزين



Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 58 41 72
Dr OUALI
Assistent
N 10 Maârouf
Médicin Généraliste
Al Mostakbal GH - Casablanca
Al 5 1er Etage
App: 52297 2139 - 181826
Tél: 052297 2139

Probiotis

Saccharomyces boulardii

Poudre Orosoluble

LOT: 220804
DLUO: 10/2025
59,00 DH

Doliprane®
PARACETAMOL 300 mg

16 à 30 kg

12 SACHETS-DOSE

POUDRE POUR

SOL

LOT L1959
PER 06/24
PPV 12D80

