

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0027587

Assuré

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6846 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AWAM ABDELHADI  
Date de naissance : 04/04/65  
Adresse : AEROPORT IBN BATTOUTA TANGER  
Tél. : 06 66 82 74 09 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zoubida ALIOUA  
8, Rue Amman - Rabat  
Tél. : 0537 70 35 42-GSM: 0655 39 29 29

Date de consultation : 27/02/23  
Nom et prénom du malade : AWAM LINA Age : 16 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Démité scléreuse  
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 : Tanger Le : 27/02/23  
Signature de l'adhérent(e) :

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
27/02/2023	CS		30000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. M. ALI OUA 13, Bd M. B. Ammor - Rabat Tél: 06 69 39 29 23 Fax: 06 69 39 29 23 N° 162014195	27/02/2023	370,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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															
				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 CCEFFICIENT 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



# Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue  
à l'Hôpital Militaire de Rabat  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
(Femmes - Hommes - Enfant)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles  
Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles  
Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique  
Traitement par LASER



# الدكتورة زبيدة عليوة ج الصندي

طبيبة اختصاصية سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط  
نساء - رجال - أطفال  
اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
اختصاصية في الأمراض المنقولة جنسيا والحساسية  
جراحة الجلد - طب التجميل  
العلاج بالليزر

27/02/2023

Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

زبيدة عليوة ج الصندي

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V: 84,20 DH  
6 118001 181490

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V: 84,20 DH  
6 118001 181490

Mme AWAM LINA

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 40,00 DH  
6 118000 161301

EFFICORT® Lipophile 0,127 %, crème  
Tube de 30 g  
AMM N°: 10 DMP/21/NCI  
6 118000 02043  
LOT: 0109  
EXP: AVR 2025  
PPV: 37,80 DH

LOT: 220597  
DLUO: 07/2025  
87,00 DH  
cultures d'endormissement et de  
équilibre du magnésium

## 1 - KETODERM SACHETS

2 sachets par semaine laisser agir 10 mn et rincer pendant 1 mois PUIS 1 sachet par semaine  
laisser agir 10 mn et rincer pendant 2 mois

## 2 - DERMOVAL GEL

1 FOIS PAR JOUR PDT 07 JOURS CUIR CHEVELU

## 3 - Eptapso CREME 30

1 X/ 2 FOIS /SEMAINE CUIR CHEVELU

## 4 - RELAXIUM 300 MG GELULE

Chaque Jour(s), 1 GELULE le soir, après le repas, pendant 1 Mois

## 5 - EFFICORT CREME LIOPPHILE

1 FOIS PAR JOUR PDT 3 JOURS sur le visage squames

## DIPROSALIC POMMADE

1 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS au niveau des oreilles

## AGE EMULSION DS CREME

Application 2X/ par jour sur le visage

Diprosalic®  
pommade



LOT: 781  
PER: OCT 2025  
PPV: 37 DH 60

Pharmacie Al Alioua  
13, Bd. Mohammed VI - Rabat  
Tél: 06 55 39 29 29 - GSM: 06 55 39 29 29  
Fax: 06 55 39 29 29

Dr. Zoubida ALIOUA  
Dermato - Vénérologue  
8, Rue Amman - Rabat  
Tél: 06 55 39 29 29 - GSM: 06 55 39 29 29

8, زنقة عمان, شارع علال بن عبد الله, درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAI. Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

الهاتف: 05 37 70 35 42 - Tél: 05 37 70 35 42 - النقال: 06 55 39 29 29 - البريد الإلكتروني: zoubida.alioua@gmail.com

ICE: 001634498000062 - INP: 101101632