

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-776967

159562

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERHOUNI SOUFIANE

Date de naissance : 01/12/1987

Adresse : RES S.W SQUARE IMM 8 Appt 19 ALMA 2 CASABLANCA

Tél. : 0662129142 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/03/2023

Nom et prénom du malade : ZERHOUNI SOUFIANE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION ORL

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.

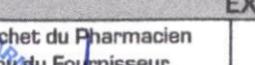
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/03/2023

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
30/08/93	CS		+ 2 Soc.DH	INP : 08/77/86270 Dr. S. Serres O.R.L. et Chir.-Dent. Service-P.H. Bd. Abou Baker El Kadiri Res. N° Appt. 3 St. Maârouf - C.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/3/23	548,15

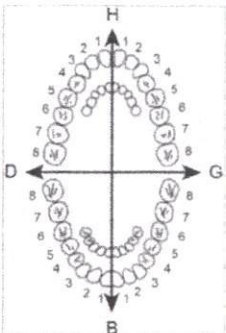
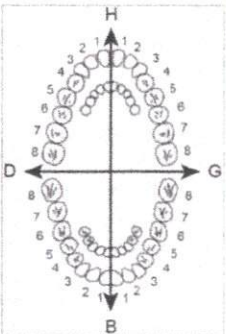
[illegible][illegible]

# 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 : <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.O.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>B</b></td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>B</b>	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	<b>D</b>	<b>G</b>															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
		<b>B</b>															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanae LRHAZI

**Spécialiste**

Oto-Rhino-Laryngologie et  
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre  
surdité, Ronflement et Allergie ORL  
Acouphène, Pathologie de la voix,  
Goitre



د. سناء الغازي

**إختصاصية**

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

ديبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن  
تشخيص و علاج الصمم، الشخير و الحساسية  
طنين الأذن، اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية

**Ordonnance**

PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL  
Dr. Amr el Walid  
Docteur en Pharmacie  
Mag N°218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,  
Rocade Sud-Ouest - Casablanca  
IF : 52600216 - Patente : 22966029  
ICE : 003107360000072 - CNS : 4298331

Le : 30/3

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Oroken 200 mg. cp. pel b 8  
P.P.V : 116,30 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Oroken 200 mg. cp. pel b 8  
P.P.V : 116,30 DH

PPV: 40DH00  
PER: 12/25  
LOT: L4233

PPC : 77,45 DHS

N° Lot : 2UW807  
Fab. : 06/2022  
Per. : 06/2025  
PPV: 102,10 DHS

Dr. Ferhanni

Seufiane

2x 116,30 = 232,60

1) Oloken

200 mg cp

1 cp x 2 j p

2) Cotipical

200 mg cp

3 cp j le matin

3) Phylod

810p

1 cas x 3 j

4) Labuneo

pulu 125

125

2 pulu x 2 j

S) Humer Isotonig adulte

96,00

1 pul



2/5

7/7

548,15

Dr. Senae LRHAZI  
OPL et OULU 15 Cernico-Pacrale  
Bd. Abou Baker El Kadiri 285, Naimi  
Boulevard 7, Appartement 3 Sidi Maarouf - Casablanca

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N°347 Sidi Maarouf  
CABABLANCA-MAROC  
N du CE 25119/2017/DMP  
Date d'attribution du CE 05/04/18  
**PPS : 96,00 dh**

**PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL**  
Dr. Amrani Walid  
Docteur en Pharmacie  
Mag N°218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,  
Rocade Sud-Ouest - Casablanca  
IF : 52600216 - Patente : 32966029  
ICE : 003107360000072 - CNSS : 4298331