

## 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

- Reclamation : 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'Horlogerie  
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° W21-776957

AS9561

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZERHOUNI SOUFIA  
 Date de naissance : 01/12/1987  
 Adresse : RES LES GUN SQUARE IMM 8 Appt 19  
 NASSIM ALMAZ CASABLANCA  
 Tél. : 0662129142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Fouzia ALASS  
 57 Rue Sijilmassa  
 Belvédère - Casablanca  
 Tél. 022 24 71 94  
 Date de consultation : 12/04/2023  
 Nom et prénom du malade : ZERHOUNI Soufian Age : 34 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Toux + dyspnée  
 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 : 12/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
12.04.2023	S	1	300 DH	INP : 0910009773 Docteur Fouzia ALASS 57 Rue Sijilmassa Casablanca

Docteur Fouzia ALASS  
57 Rue Sijilmassa  
Belvédère - Casablanca  
Tél. 022 24 71 94

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet de Pharmacien ou du fournisseur  Date 12/4/23	Montant de la Facture 204,50  INPE:062115449

INPE:062115449

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

[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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
 H B D G	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	Coefficient des Travaux [ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	Montants des Soins [ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	Début d'exécution [ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	Fin d'exécution [ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux [ ]
 H B D G	<div style="text-align:center;">H 25533412   21433552 00000000   00000000 D-----G 00000000   00000000 35533411   11433553 B</div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des Soins [ ]
				Date du devis [ ]
				Date de l'exécution [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FOUZIA ALASS  
Pédiatre

Diplômée de la faculté de médecine de Paris  
Spécialiste des maladies des enfants  
et nouveaux nés

Ancienne assistante des hôpitaux de Paris

Diplôme d'université d'Endoscopie  
Digestive et Proctologie Pédiatrique



الدكتورة فوزية العاص

طب الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

طب الجهاز الهضمي

Casablanca, le 12.4.2023 في الدار البيضاء.

Zerhouni Sofia

1) Ventoline spray

2 bouffes x 2 a 3/j  
140,00

2) Saglu 125

2 bouffes x 2/j  
40,00

3) Prendis

2 cp 1/2 p'd l'age adulte  
24,50

4) Loreus 1 eacl/j

204,50

PHARMACIE SUN SQUARE  
Dr. Amrani Walid  
Mag N° 28, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,  
Morade Sud-Ouest - Casablanca  
N° 52600246 - Patente : 32466029  
ICE : 003107360000072 - CNSS : 4298384

S.V

S.V

S.V

LOT: GB21161  
PER: 05/2024  
PPV: 140 DH 00

PPV (DH):  
40,00

PPV: 24DH50  
PER: 10/24  
LOT: L3517

Docteur FOUZIA ALASS  
57 rue Sijilmassa  
Belvédère - Casablanca  
Tél: 022 24 71 94