

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° W21-776955

☒ 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 SUN SQUARE IMM 8 N°19 ALMAZ CASA

Tél. : 0662129142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15.06.2023

Nom et prénom du malade : Zerhouni Soufiane Age: 34 ans

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

Nature de la maladie : F. 20.01.01

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 : 15/06/2023

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
15.06.2025	SS	1	300 \$	INF : 0910027773 Docteur Fouzia AL or Rile Sulmassa Belvédère - Casablanca Tél : 022 24 71 94

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SUN SQUARE Dr. Mirani Walid Docteur en Pharmacie Mag N-218, Sun Square Almaz, Quai Rocade Sud-Ouest - G IF : 52600246 CE : 0031073600</p>	15/6/23	348,8

[illegible]

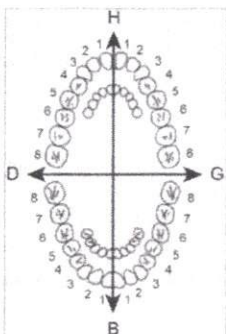
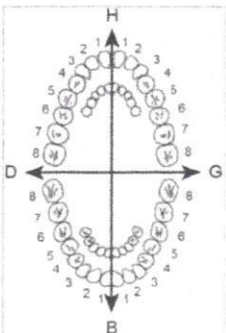
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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																	
	<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>D</th> <th>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	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 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 15.06.2023 في الدار البيضاء.

Zerhouni Sofia

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L3281

20,00

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 - CAISS: 4298331

1 Curlec sirap

132,00

2 sac / jour po 3-4

20 DCS avec Paracetamol

16,60

Longus ac

$33,40 \times 2 = 66,80$

40 Clonoxyl 500

PPV: 33,40 DH
LOT: 651298
PER: 10/2025

PPV: 33,40 DH
LOT: 651298
PER: 10/2025

85,00

2 sac 3 / jour po 2-3

50 Otolys

28,40 Apuril

2 sac / jour po 3-6

22-002 / 08/26
LOT UTAJ
PPC
NEWPHARMA
85.00

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

28,40

06 62 12 47 68 : المستعجلات - 05 22 24 71 94 : الهاتف - الدار البيضاء - بلفيدير، زنقة سلجماسة
57 Résidence Oulumpia, Rue Sijilmassa Belvédère - Casablanca - Tél: 05 22 24 71 94 - Urgences: 06 62 12 47 68