

## 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° W21-641639

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7665 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABDALLAH GYM  
Date de naissance : 18-02-62  
Adresse : LOT HAJ FATEH RUE 5 N° 162 EL OULFA CASA  
Tél. : 0661 15 98 51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 10/04/2019  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 : Le :  
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
	CS	1	200	INF : <input type="text"/> 

[illegible][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 canalaires, 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.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. SOUHAILA ALAMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة سهيلة علمي

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

- Diplôme Universitaire en Diabetologie
- Médecine de Travail "Université de Reims-france"
- Certificat en Hijama Medicale
- Echographie
- Electrocardiogramme

- ديبلوم جامعي في داء السكري
- طب الشغل "جامعة ريمس-فرنسا"
- شهادة في الحجامة الطبية
- الفحص بالصدى
- تخطيط القلب

Casablanca, le: .....

## ORDONNANCE

GYM KAWTAR

-CUTACNYL 5% : 1application le soir pdt 1M

-LA ROCHEPOSAY EFFICLAR DUO : 1APPLICATION  
MATIN PDT 1MOIS

-DIFFERINE 0,1 %

-TETRALYSAL ; 1 GEL / J LE SOIR PDT 1MO

-ERYFLUID SOLUTION - 1APPLICATION SI

ACNEE

LOT : 22E011  
PER: 01 2024

ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML

P.P.V : 67DH20



6 118000 010630

CUTACNYL 5%

Gel pour application locale tube de 40 g

AMM N°487/17 DMP/21/NRQ

PPV: 36,90 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070206

LA ROCHE-POSAY

DIFFERINE 0,1 %

crème, tube de 30 g

AMM N° 291 DMP/21/NCV

PPV: 72,50 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070206

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070800

Dr. Souhaila ALAMI  
Médicine Générale  
Add: 548, Boulevard Daou  
Haj Fateh - Oulfa - Casablanca

Dr. Souhaila ALAMI  
Médicine Générale  
Add: 548, Boulevard Daou  
Haj Fateh - Oulfa - Casablanca

548, bd Oued Daoura, Haj Fateh, Oulfa, Espace Bureau Lina - ETG 3 ( près de la mosquée Haj Fateh ) - CASABLANCA

548, شارع واد الدورة، الحاج فاتح، الألفة - الطابق الثالث ( قرب مسجد الحاج فاتح ) - الدار البيضاء

☎ : 06 17 24 26 81

☎ : 05 22 65 33 20

✉ : souhailaalami0@gmail.com