

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° W19-594830

198948

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DRISOUF CH LOTFI  
 Date de naissance : 13/06/65  
 Adresse : 47 RUE IMAM NOUS LIT JASIS  
 Tél. : 0661396306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SENTISSI Mohamed Re  
Chirurgien Urologue  
Tél.: 05 22 36 97 85  
INPE: 091185884

Date de consultation : 09/03/24  
 Nom et prénom du malade : DRISOUF CH LOTFI Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée  
 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :  
 Dr. SENTISSI Mohamed Re  
Chirurgien Urologue  
Tél.: 05 22 36 97 85  
INPE: 091185884

MUPRAS

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
09/02/24	G	G	144	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dr. SENTISSI Mohamed Re Chirurgien Urologue Tél.: 022 36 97 85 4NPE1091185882

[illegible]

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

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 :

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	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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td align="center" colspan="2"><b>H</b></td></tr> <tr> <td align="center">25533412 00000000</td> <td align="center">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>D</b></td> <td align="center"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td align="center">00000000 35533411</td> <td align="center">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td align="center" colspan="2"><b>B</b></td></tr> </table>	<b>H</b>		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>		
<b>H</b>												
25533412 00000000	21433552 00000000											
<b>D</b>	<b>G</b>											
00000000 35533411	00000000 11433553											
<b>B</b>												
	<p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
		MONTANTS DES SOINS										
		DATE DU DEVIS										
		DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI  
Chirurgien Urologue - Andrologue



## الدكتور

محمد رضى السنتيسي  
جراح المسالك البولية و التناسلية

### Ordonnance

Casablanca le : 09/03/2011 في الدار البيضاء

Mr MARIQUECH LOFI.

- sénéhide 500..

338,00 1 bulleco x 21 T

163,00 Novotéclar 500..

1 G I T ph 3 i

efhmed

40,00 3 G le netu ph 5 i

59,50 ENROU EX. 81.

600,50 1 G x 21 T ph 5 i



PHARMACIE ABOUDABI  
9, Rue des Bouvreuils Oasis  
Casablanca  
Tél: 0522 99 64 10



Dr. SENTISSI Mohamed Re  
Chirurgien Urologue  
Tél: 05 22 36 97 85  
N: 091185884

**EFFIPRED® 20 mg**

PPU 40DH00  
EXP 06/2026  
LOT 32011 13

**SEPRETIDE**  
propriétaire de fluticasone /  
salmétérol **Diskus**

microgrammes  
/50 microgrammes  
par dose

**500**

ID: 652788  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 338,00 DH  
6 118001 141111

Voie inhalée



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

# أنرويدكس®

الكليبتوس، البروبوليس،  
إكيناسيا

شراب معالج للسعال  
بالمكونات الطبيعية

بدون سكر  
بدون كحول

LOT 104799/FC34  
04/2025 PPC 59.50

 **Ramo  
Pharm**

**MONOZECLAR®**

**500 mg** Clarithromycine

10 comprimés pelliculés à libération modifiée

© مونوزيكلار

كلارينتر وميسين 500 ملغ

10 أقراص مغلفة ذات تحرير معدل



**Abbott**

Titulaire de l'AMM au Maroc /

ملك ترخيص التسويق في المغرب

Laboratoires Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel

Zenata-Ain Sebaâ

MAROC

المصنع / Fabricant

Abbvie SRL

Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,

Campoverde, Aprilia (LT)

I-04011, Italy No. 00M299

.....Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.

Traitement débuté le.....

..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال ..... أيام.

بدا العلاج بتاريخ .....

MONOZECLAR® 500mg

Boite de 10 COM PEL

P.P.V : 163,40 DH



6 118001 183838

Maphar  
Km 10, route côtière 111  
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca  
Maroc