

## 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° W21-768676

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2917 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI TAYEB  
 Date de naissance : 02-12-63  
 Adresse : 716 Boulevard de Fes CASABLANCA  
 Tél. : 06 6146 1934 Total des frais engagés : 1493,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/19  
 Nom et prénom du malade : SKALLI HOUSSEINI TAYEB  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : RHINO-PHARYNGITE  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



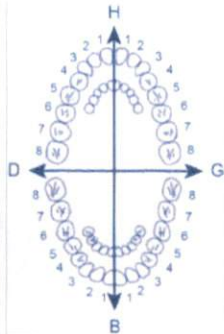

UT. AV. : 01/01/23	P.P.V.	N° du Lot	22 rue moulin blanc au sein roches noires casablanca SYMBICORI TURBUHALER
LOT N° : FM 110	70 70 29/30	Date Per.	2006 µg Pdes p inh Flacon de 120 doses
UT. AV. : 01/01/23	P.P.V.	P.P.V. : 119,10 DH	10414 DMP/21/NRO P.P.V. : 297,00 DH
LOT N° : FN 52	70 70 29/30		6 118001 026706
09366030/4			SNE P NOV-21 OCT-25
UT. AV. :		N° du Lot	PPV (DH) :
PPV (DH) :		Date Per.	LOT N° :
		P.P.V. : 119,10 DH	
			LOT : 201799 PER : 05-2023 PPV : 140,00 DH

# RECUEIL 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.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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></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

# Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et chirurgie  
de la face et du cou

Diplôme de vertige et troubles  
de l'équilibre

Explorations de la surdité, vertige,  
acouphènes et ronflement  
Explorations endoscopique  
- allergologie ORL

Ex. Médecin ORL à l'hôpital  
provincial Benslimane  
ADULTES ET ENFANTS



## الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

طبيبة اختصاصية في أمراض  
و جراحة الأذن  
الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه  
والعنق  
دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن  
تشخيص نقص السمع، الدوخة  
الطنين و الشخير  
تشخيص بالمنظار الداخلي  
أمراض الحساسية  
طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي  
بن سليمان  
الكبار و الصغار

## ORDONNANCE

Date : 02/11/2022

Nom et Prénom :

**SKALLI HOUSSEINI Kamil**

79.70 x 2 = 159.40

**ZITHROMAX 500**

1 comprimé par jour, pendant 6 jours

40.-

**PREDNI 20**

3 comprimé le matin après manger, pendant 4 jours

119.70 x 2 = 239.20

**RISONEL SPRAY NASAL**

1 pulvérisation 2 fois par jour, pendant 2 mois

**OROPROPOLIS COMPRIMÉ**

1 comprimé deux fois par jour

297.- x 2 = 594.-

**SYMBICORT 200**

1 bouffée matin et soir, pendant 3 mois

140.-

**OEDES 20**

1 gelule à jeûn le matin, pendant 1 mois

22.20

**CODOLIPRANE**

1 comprimé trois fois par jour

T = 1193.80

PHARMACIE JARDINS POLO  
Docteur en Pharmacie  
Rajaa SEKKAT  
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo  
Casablanca

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Service - Faciale  
IMPE 061173662 - I.C.E. : 002045940000053  
Tel. : 05 22 87 08 59

404, إقامة السكن الأنيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6, عين الشق

404 Résidence Assakane Al Anik, Bd. Al Qods, 1er étage Appt N° 6, Ain Chock

05 22 87 08 59 / 06 16 33 03 02 ✉ drseffarzhor@gmail.com En Cas d'urgence : 06 16 33 03 02