

## 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  
Casablanca 20600 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-768678

244422

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8918 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEIN TAYEB  
 Date de naissance : 02-12-1963  
 Adresse : 716, Bd de FES CASABLANCA  
 Tél. : 0661461934 Total des frais engagés : 800,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSE  
 Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale  
 I.C.E : 002045940000053  
 Date de consultation : 15/12/22  
 Nom et prénom du malade : SKALLI HOUSSEIN TAYEB Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : R.H. ZAPARANO  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie a 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) :









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

Nom et Prénom :

**SKALLI HOUSSEINI Kamil**

40,00 1 comprimé par jour, pendant 7 jours

3 comprimé le matin après manger, pendant 6 jours

1 pulvérisation 2 fois par jour, pendant 1 mois

1 comprimé deux fois par jour

1 gelule à jeûn matin, pendant 1 mois

1 application deux fois par jour, pendant 10 jours

*1 comprimé trois fois par jour*

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



## Dr. Zhor SÉFFAR 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



## ORDONNANCE

## الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

طبيبة اختصاصية في أمراض  
و جراحة الأنف  
والحنجرة 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

Date : .....  
23/12/2022

Nom et Prénom :

**SKALLI HOUSSEINI Kamil**

297.-

**SYMBICORT 200**

1 bouffée matin et soir, pendant 3 mois



**PHARMACIE JARDINS POLU**  
**Rajaa SEKKAT**  
**Docteur en Pharmacie**  
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polu,  
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 07

**Dr Zhor SÉFFAR ANDALOUSSI**  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INPE 061173662 - INE : 002045940000033  
Tél : 05 22 87 03 09

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