

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0051613

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7697 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : ABDALLAH EL RHASSOULI  
 Date de naissance : 09/03/67  
 Adresse : HADJ FATH S W 79 OULFA CASA  
 Tél. : 06 70 71 62 63 Total des frais engagés : 573,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur SEDKI Jilali**  
Médecin Expert Assermenté  
Près des Tribunaux  
25, Rue Boujdour Corse- SAFI  
Tél : 05 24 65 26 07 - D. 05 24 66 80 67

Date de consultation : 10/7/23

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 21 JUL 2023

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 : 10/7/23 Le : 10/07/23

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10.7.23	C	✓	16000	<b>Docteur SEDKI Jalel</b> Médecin Expert Assermenté Près des Tribunaux 25, Rue Boujdour Corse- SAFI Tél : 05 24 65 26 07 - D. 05 24 66 80 67

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
<b>Dr. Hind Housseini</b> Pharmacie ATTOUMAH 185, Lohsseneb Mouda - Route Inhibition SAFI - Tél. : 05 24 45 23 32	10/7/23	423.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

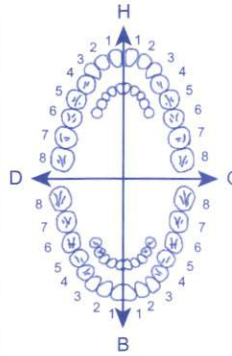
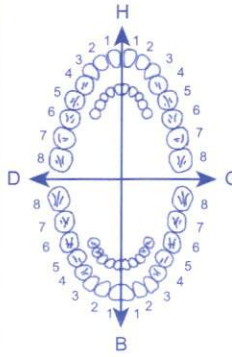
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
																	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SEDKI Jilali

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie  
de la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin Expert Assermenté

près des Tribunaux

C. : 05 24 65 26 07

56 80 67

LOT: 125  
PER: DEC 2024  
PPV: 76 DH 50

50 Comprimés

LOT: 119  
PER: AUT 2024  
PPV: 76 DH 50

الدكتور الصرقي الجيلالي

الطب العام

حائز على شهادة الفحص بالصدى  
بكلية الطب بباريس  
طبيب محلف لدى المحاكم

العيادة : 05 24 65 26 07  
المنزل : 05 24 66 80 67

LOT: 125  
PER: DEC 2024  
PPV: 76 DH 50

Safi, le 10/07/23 آسفي، في

ABDELLAH EL RHASSOULI

PPV 85DH80  
LOT 290113  
EXP 02/2025

76.50 x 3

11 URADOX 2mg



85.80

19/1000  
21 Floxam 100



51.80

15 x 2/100  
31 Voltaren 100



40.40

15/1000  
41 Meteospasmyle



16.60

15 x 3  
51 Systral

423.80

Docteur SEDKI Jilali  
Médecin Expert Assermenté  
Près des Tribunaux  
25 Rue Boudour Corse - SAFI

25, RUE BOUDOUR CORSE - SAFI

25، زقة بوجدور الكورس - آسفي

صيدلية  
MAGASIN  
de Pharmacie  
23 32



6 118001 30040  
VOLTARENE® LP 100 mg  
Comprimé pelliculé  
PPV : 51.30 DH  
1232204 MA TA

Systral® Crème

PPV 16DH60  
EXP 10/2027  
LOT 290521

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 200 mg  
P.P.V. : 40 40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293