

## 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° W21-705781

18631

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13025 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ALAOUI SOSSAI Mohamed Yassin  
 Date de naissance : 28/07/1987  
 Adresse : A52 RTE DE L'OASIS, R5 JAWHARA, ETG 2 APPT 10  
 Tél. : 06 66 66 3994 Total des frais engagés : # 499.00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 20/10/23  
 Nom et prénom du malade : ALAOUI SOSSAI Mohamed Yassin Age :  
 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, 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 : 20/10/23

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
20/10/23	ca	160H	INP : 09 118 1826	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	20/10/23	349,2

# 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"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </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																	
	[Création, remont, adjonction] 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



Dr. Ouafae BENNANI SEBTI

Médecine Générale

Ex. Médecin Chef du service de médecine Hop. Sidi Sofi

Ex. Médecin Chef du Centre de Santé El Hank

Expert Assermenté près les Tribunaux

Echographie



ثورة وفاء بناني السبتى

الطب العام

طبيبة رئيسية سابقا بقسم الطب العام بمستشفى سيدي الصوفي

طبيبة رئيسية سابقا بمستوصف العنق

خبيرة محلفة لدى المحاكم

الفحص بالصدى

Mr ALAOU. SASSI YASSER.

1) Daphtac (S.V.)

1cs x 3 j

2) OE des a- (S.V.)  
1 p/j x 1

3) Refluxol (S.V.)

1cs x 3 j

4) Vallée (S.V.)

6cs

1 ap x j

cre

Pharmacie TASSIMINE  
Lot 41 Moustakbal GH  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 05 22 97 41 72



37,30 x 2 5) Zentel 400mg

37,30

2 <sup>1 ap</sup> ap d son apis

(S.V)

Dr OUAFAE BENNANI S  
Médecin Généraliste Asser  
Al Moustakbal GH. N 10,  
Apt 5, Casablanca - Sidi M  
Tel: 0522 97 21 39 - Cas  
INPE: 09118182

**ZENTEL** 400mg

**Albendazole**

Voie orale

Boîte de 1 comprimé

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 646531  
6 118001 141364

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V : 45DH40  
LOT: 28E001  
PER: 06 2025  
118000 010494

LOT: M0541  
EXP: 08 2024  
PPV: 53,00 DH

• Dans quel cas utiliser REFLUXAID® :

REFLUXAID® est un dispositif médical à usage oral qui, grâce à son action mécanique, est destiné à être utilisé pour limiter les symptômes du reflux gastro-oesophagien et de l'oesophagite. L'utilisation du produit limite la sensation de brûlure (brûlure d'estomac), de régurgitation, de la difficulté à avaler (dysphagie), de la déglutition douloureuse (odynophagie), de la toux, et de l'enrouement.

• Pour les instructions, les mises en garde et les contre-indications : voir la notice.

LOT

2312814  
2026/05  
PPC 70 DHS





PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 220837  
PER : 11-2024  
PPV : 140,00DH