

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0047019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6081 Société : AL5668  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAA SAA Aicha  
 Date de naissance : 15.06.1955  
 Adresse : 109. LOT AL FAITH Sidi Naama Casablanca  
 Tél : 065849.0663 Total des frais engagés : ± 797.80\$ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 09/01/2023  
 Nom et prénom du malade : SAA SAA Aicha Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Carcinome N mammaire  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 16/01/23  
 Signature de l'adhérent(e) : AC

## 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

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
09/01/23	G		G +	<b>Dr. Kamal LAHBAL</b> <b>ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE</b> Centre International d'Oncologie de Casablanca 4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca Tél : 05 22 77 81 51 - Fax : 05 22 09 65 74
23				
06/01/23	S		40.000,4	<b>Dr. Kamal LAHBAL</b> <b>ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE</b> Centre International d'Oncologie de Casablanca 4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca Tél : 05 22 77 81 51 - Fax : 05 22 09 65 74
23				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AHMED ALI</b> <b>SARLAU</b> <b>DR. ALI EL JOUADI</b> Sidi Maârouf - Casablanca Tél./Fax : 05 22 97 32 16 GSM : 06 61 60 54 68	09/01/23	3971,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

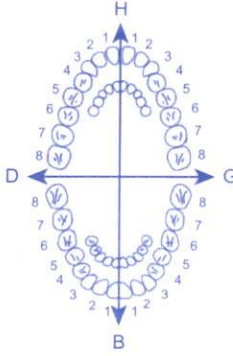
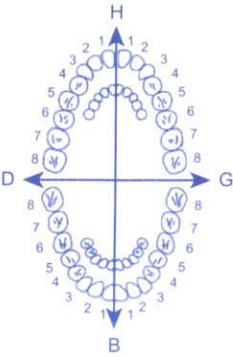
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Kamal LAHBABI  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien interne des Hôpitaux de Rennes  
Ancien praticien de l'institut Bergonisé-Bordeaux

Casablanca, le.....

09/01/2023

Mme SAASAA Aicha

1/ CHEMOSET 8 MG

1cp x 2/j pour 5 jours matin et soir 1/4  
d'heure avant le repas

2/ MOTILIUM SIROP

1 cuillère trois fois par jour 1/4 d'heure avant  
le repas pour 5 jours

PHARMACIE AHMED ALI

SARL AU  
Dr. ALE EL CHAIDI  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 97 32 16  
GSM : 06 61 60 54 68

Dr. Kamal LAHBABI  
ONCOLOGUE - RADIOThérapeute ②  
Centre International d'Oncologie de Casablanca  
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

# Motilium® 1 mg/ml

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**إحترم المقادير الموصوفة**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

Voie orale



عبر الفم

LOT : 22E002  
PER.: 02/2025

MOTILIUM 1MG/ML  
SUSP BU/ FL 200 ML

P.P.V : 40DH80



**MOTILIUM +  
GROSSESSE =  
DANGER**



**Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique.**

**JANSSEN-CILAG**

Fabriquée sous licence par :

**maphar**

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

**Composition :** dompéridone 1 mg pour 1 ml de suspension buvable, excipients q.s

**Excipients à effet notoire :** sorbitol (E 420), hydroxybenzoate de méthyle (E218), hydroxybenzoate de propyle (E216).

Voir la notice pour plus d'informations.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Ne pas mettre au réfrigérateur. Ne pas congeler.

A conserver à l'abri de la lumière.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Après première ouverture du flacon, le médicament doit être conservé maximum 3 mois.

Avant utilisation, agiter doucement le flacon avec un léger mouvement d'inclinaison afin d'éviter la formation de mousse.



CHEMOSET® 8mg

10 comprimés pelliculés



6 118001 250615

Fabriqué par Pharmathen - Grèce  
Importé par



Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda  
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc



10 أقراص ملبسة  
عن طريق الفم



# CHEMOSET®

Ondansétron

8 mg

LOT: 0106323 EXP: 09/24  
PPV: 357DH00

10 Comprimés Pelliculés  
Voie Orale

Composition : Par Comprimé pelliculé  
Ondansétron (DCI) ..... 8 mg  
Eq. Ondansétron HCl ..... 10 mg  
Excipients q.s.p 1 comprimé  
Contient du lactose

Indications, Contre-indications

Posologies & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur

Conserver à une température inférieure ou égale à 25°C, à l'abri de la lumière



Médicament autorisé n°: 83/15 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites

Tableau A

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE  
DES ENFANTS