

## 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

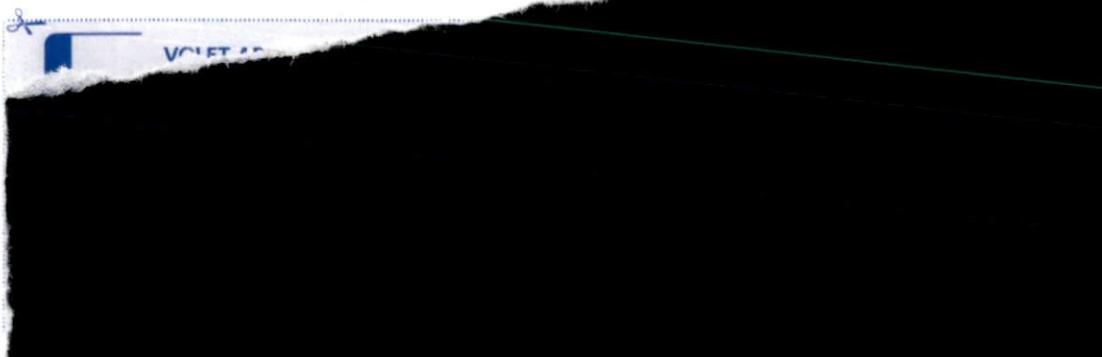
- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>13.040</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOURASSI SAAD</b>			
Date de naissance : <b>09/05/1987</b>			
Adresse : <b>IM 2 Lot Dior Dualomas Appt 11 AL KHOZAMA LISSASFA Casablanca</b>			
Tél. : <b>0660929009</b>	Total des frais engagés : <b>963,40</b> DHS		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : <b>11/12/22</b> Nom et prénom du malade : <b>BOURASSI SAAD</b> Age : <b>35</b> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>El phallos</b> 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 :** *09/12/2022*  
**Signature de l'adhérent(e) :** *saad*



RELEVE 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
17/12/22	G2	3000	3000	<i>DR. A. NEUROCHIRURGIEN 0522 22 84 18 Neurochirurgie G2</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>PHARMACIE BOUCHET</i> 23, RUE DES C. 14111 Tél: 02 80 32 86	27/12/22	663	<i>663</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Houria EL MADMAD ABABOU**

**Neurologie - Neurochirurgie**

**Electro - Encephalographie**

**Sur Rendez-vous**



**الدكتورة حورية المحمدى عبابو**

**إختصاصية في أمراض الرأس**

**جراحة الدماغ والعمود الفقري**

**التخطيط الكهربائي للدماغ**

**بالموعد**

Casablanca, le : 17.12.22 الدار البيضاء، في:

~~92 BOURASSI~~ ~~Scad~~  
~~(28,00 x 2) = 56,00~~ ~~S.V.~~  
~~Beta Zeta~~ ~~1 UP x 2 / 8~~  
~~1 APP~~ ~~1/2 CP x 2 / 8~~  
~~(22,00 x 2) = 44,00~~ ~~S.V.~~  
~~Vitamine du l (F)~~ ~~1 UP x 2 / 8~~  
~~(126,00 x 2) = 252,00~~ ~~S.V.~~  
~~Gluvira~~ ~~1 UP S.V.~~

T: 663.00

~~PHARMACIE DOCTEUR  
N° 117~~  
~~N° 3 Hay Hadda - Casablanca~~  
~~Tél: 022 88 11 11~~

~~الدكتورة حورية المحمدى عبابو  
جراحة الدماغ والعمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ~~  
~~Build Pasteur, Appt N° 10 - Casablanca~~  
~~Neurologie - Neurochirurgie~~  
~~Tel: 0522 22 84 18~~

III Dr mds RDV 18 Février

17, «Pasteur Build» Place Charles Nicole - 1er étage (Face à l'Institut Pasteur) - Casablanca

Tél.: 05 22 22 84 18 - Urgences : 06 61 31 11 14

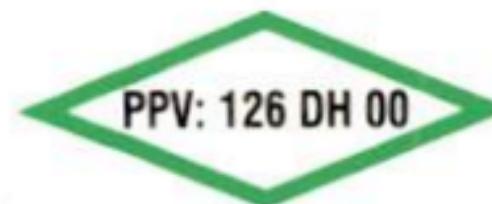
E-mail : elmad-neuro@hotmail.com

# CILENTRA®

Escitalopram

Importé par:  
**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**  
169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,  
20070 Casablanca.

Fabriqué par :  
**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**  
Inde



Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT



TABLEAU A (Liste I)

# CILENTRA®

citalopram

Importé par:  
**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**  
169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,  
20070 Casablanca.

Fabriqué par :  
**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**  
Inde

PPV: 126 DH 00

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**احترم المقداريات الموصوفة**

**Uniquement sur ordonnance - Liste I**  
**صرف فقط بموجب وصفة طبية - لانتجاء**

PER : 02 2024  
LOT : 21E005

**AVLOCARDYL 40MG**  
**CP SEC B50**

P.P.V : 41DH80



9

118000 010227

O

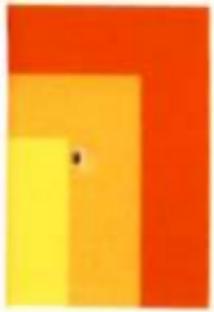


**AstraZeneca**

**maphar**

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,  
Zenata Ain Sebaâ, Maroc.

بِهِ مُنْتَهٰى



بِهِ سَانِدِر بِلْ

حَيَةٌ مَلِيسَةٌ

28,80

بِهِ مُنْتَهٰى

سَانِدِر بِلْ

بِنْفُوتِيَا مَدِينَ 100 مَلِيز

30 حَيَةٌ مَلِيسَةٌ

28,80

عَنْ طَرِيقِ الْفَمِ

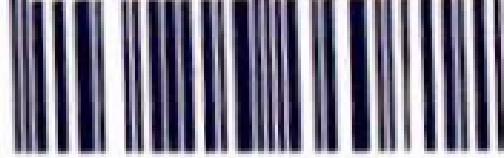
PPV

LOT

PER



5 118000 012641



1

CP B30

BETASERC 24 MG

Fabrique sous licence par : Maphar, Km 10, Route cotière 111, Ql-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.

**Abbott**

#### Unidément sur ordonnance - Liste 1

**Respecter les doses prescrites**

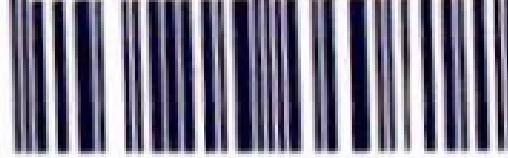
Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

78/100

FERMILAB

6 118000 012641



CP B30

BETASERC 24 MG

Fabrique sous licence par : Maphar, Km 10, Route Cotière III, Q-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.

**Abbott**

#### Unidément sur ordonnance - Liste 1

**Respecter les doses prescrites**

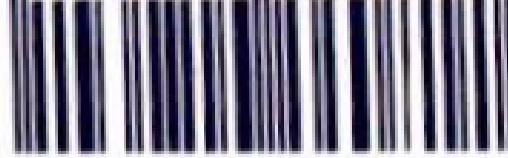
၁၇၅၂ ခုနှစ်၊ ၁၉၀၈ ခုနှစ်

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

78,100

PERLMAN 5

6 118000 012641



CP B30

BETASERC 24 MG

Fabrique sous licence par : Maphar, Km 10, Route Cotière III, Q-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.

**Abbott**

#### Unidément sur ordonnance - Liste 1

**Respecter les doses prescrites**

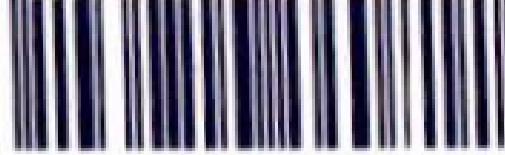
Digitized by srujanika@gmail.com

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

78,100

PERLMAN 5

6 118000 012641



CP B30

BETASERC 24 MG

QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Maphar. Km 10, Route cotière III,  
Fabrique sous licence par :

**Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
1 جزء . كل جزء يحتوي على جمالي ٣٠ جرام

Respecter les doses prescrites  
الاحتفاظ بالجرعات الموصى بها

75,00

DR 1000

1000 DR DR DR DR

1000 DR DR DR DR