

**Déclaration de Maladie**  
M23-003175

**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](http://www.mupras.com)

☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☐ Autres

Matricule : 8344 ..... Société : KAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : ADY PACEK  
 Date de naissance : 29/12/1960  
 Adresse : .....  
 Tél. : 06 13 92 88 15 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : ☐ M

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 : ..... /

Signature de l'adhérent(e) : .....

**Autorisation CNDP N°: A-A-215 / 2019**



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- |       |  |     |  |
|-------|--|-----|--|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie   |
| PC    | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnages dans le temps. | - LES CURES THERMALES             |
|  | - LA CIRCONCISION                 |
|  | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 729517

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AZMY Jamila  
Matricule : 8366 Fonction : Receveur Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : 0613978815 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AZMY Jamila Age                    
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : Affection Neurologique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A Casablanca le 10 / 03 / 2023 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

*[Signature and Stamp of Dr. N. Zaimi, 61, Boulevard de la Liberté, Casablanca]*

### VOLET ADHERENT


#### DECLARATION

Matricule N° : 8366  
Nom du patient : AZMY Jamila  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_

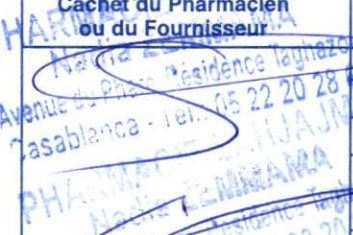




## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/03/23	C2		300 Dh	
14/03/23	C2		Gratuit	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/3/23	26895
	14/3/23	51305

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

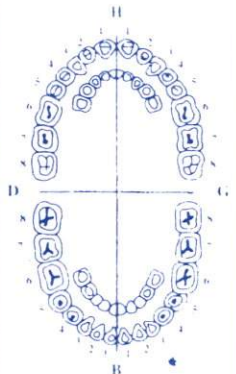
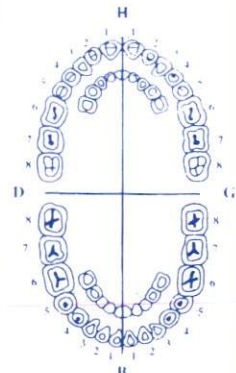
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANT 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			MONTANT 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



Docteur Hanane Ramzi

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies  
du système nerveux, du Muscle  
et de la colonne vertébrale.

Electroencéphalographie (EEG)  
Electromyogramme (EMG)

64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage  
par Bd. Ziraoui - Casablanca

Tél: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 88



نان رمزي  
الجهاز العصبي

د الفقري

رس الصرع

ماغ (الشبكة)

ماغ والعصبات

الأول رقم 2

ليضاء

06 15 20 55 8



6 118001 040384  
LAROXYL 25 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 70



6 118001 040384  
LAROXYL 25 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.



6 118001 040391  
LAROXYL 50 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
20 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 30



6 118001 040391  
LAROXYL 50 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
20 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 30

BLANCA, le 10/3/2023 في

me Jamila

AZmy:



6 118001 040391  
LAROXYL 50 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
20 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 30



6 118001 040391  
LAROXYL 50 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
20 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 30

1cp le soir / 2 / 3 fois

1cp 1j / 2 / 3 fois

1cp 1j / 3 / 3 fois

1023080

2) Laroxyl 50mg Cpi

1cp le soir / 2 / 3 fois



6 118001 040391  
LAROXYL 50 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
20 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 30

268,90

3) Lexomil -cp

1/4-cp 1 jar sur 2 /  $\pi$  3 mins.

Dr. Hanane RAHMAN  
NEUROLOGUE  
Rue Most Sedki - Por Bd. Zineout  
1<sup>er</sup> Etage App. n° 2 - CASABLANCA  
Tél. 029 97.31.89

RDV Co. Neuro  
3 mins

**Docteur Hanane Ramzi**

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies  
du système nerveux, du Muscle  
et de la colonne vertébrale.

Electroencéphalographie (EEG)  
Electromyogramme (EMG)

64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage N° 2  
par Bd. Ziraoui - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86



**الدركتورة حنان رمزي**  
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

والعضلات والعمود الفقري.  
مرض الصرع

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)  
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

64، زنقة محمد صدقي - الطابق الأول رقم 2

عبر شارع الزيراوي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86

CASABLANCA, le 14/03/2023 في

Ame. Azmy Jamila

1710 = x3

1) Nocol 40mg;

1 Cp le soir



PHARMACIE LAHJAJ  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Phare Residence Ta  
Casablanca - Tél.: 05 22



51300

Dr. Hanane RAMZI  
NEUROLOGUE  
64, Rue Mohamed Sedki - 1er Bd. Ziraoui  
1er Etage Apt. n°2 - CASABLANCA  
Tél: 05 22 27 81 82