

# 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.

**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- 54032

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02307

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABID - ABDELJALIL

Date de naissance : 19/02/1954

Adresse : 11 RUE DAUD-DJAHIRI MAARIF CASABLANCA

Tél. : 0641684976

Total des frais engagés : 986,60

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur. Abdelilah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, Rue de l'Indépendance  
Casablanca  
Tél : 091032300

Date de consultation : 27/7/2023

Nom et prénom du malade : ABID. ABDELJALIL

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 22/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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 |  |
| 27/07/11<br>53                 | S                 |                       | 300,00                          |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |  |

Docteur: Abdelilah SAMR  
Professeur de Neurochirurgie  
Rue des Hôpitaux, Casablanca  
Tél: 091032300

Docteur. Abdelilah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, Rue des Hôpitaux, Casablanca  
INPE: 091032300

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE</b><br><b>UNIVERSELLE CASA SARL</b> AD<br>398, Bd Brahim Roudan<br>Casablanca<br>Tél: 0522 25 31 42<br><b>NDE: 092056761</b> | 27/07/2023 | 686,60                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

[illegible]

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et 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.

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |  |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelillah SAMI

Professeur de Neurochirurgie  
à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Spécialiste des Maladies du Cerveau  
et de la Colonne Vertébrale  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de la Bretagne Occidentale - France



الدكتور عبد الإله السامي

أستاذ في جراحة الدماغ  
والأعصاب و العمود الفقري

جراحة الدماغ  
بني الغربية بفرنسا

27.07.2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr ABID Abdeljalil

1 ISOX 200 MG

2 gellules le soir, après le repas, pendant 1 mois.

2 OEDES

1 gélule le matin, avant le repas, pendant 1 mois.

3 DOLOSTOP 1G

1 comprimé le matin, à midi, à 16h et le soir.  
En cas de douleur

4 NOCICEPTOL POMMADE

1 Application le matin et le soir, pendant 1 mois.

5 VITANEVRIL FORT

1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois.

Professeur Abdelillah

Docteur Abdelillah  
Professeur de Neurochirurgie  
44, Rue des Hôpitaux  
Tél: 05 22 22 22 42  
INPE: 091

686.60

44, rue des hôpitaux, Casablanca (face aux Urgences Ibn Rochd Morizgo)  
Tél : 05 22 22 22 42 - GSM : 06 23 77 96 11  
E-mail : samiabdelillah@yahoo.fr

أمام مستعجلات ابن رشد موريكو

06 23 77 96 11

samiabdelillah

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

LOT

PUC: 198.00DH

C183

2025-01

CNK 3259-850



3

LOT 211484

EXP 04/2024

PPV 99.00DH