

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-445527

42381

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 70375 Société : R A M  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL GUERGAMI ICATIAL  
 Date de naissance : 29/07/1975  
 Adresse : 67 IGUICHEN, BOULEVARD 950 APS 7  
 Tél. : 0668773488 Total des frais engagés : 550,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr: Najib KISSANI  
Professeur en Neurologie

Date de consultation : 27/07/2020  
 Nom et prénom du malade : EL GUERGAMI ICATIAL Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur radiculaires  
 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 : Nanakel Le : 27/07/2020  
 Signé : l'adhérent(e) :

ACCUEIL



# 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
27/07/2020	Consult	5,00	50,00	INP : 1001082994 Dr: Najib kissani د: نجيب كيسانى Professeur en Neurologie 110-110-110-110 / INP: 010 82 994 najibkissani@gmail.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LE SOUCES Dr. Mohamed LAHACH B. Imam Mokhtar Soussi Bd. Abderahim Bouabid Tél: 05 23 23 22 69 - AGADIR	27/07/2020	80,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

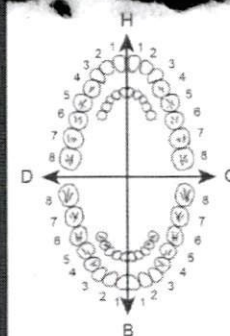
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

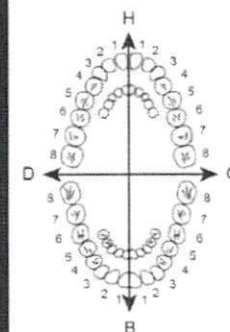
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE  
INTERNATIONALE  
MARRAKECH

المصحة الدولية  
لمراكش

RTE DE L'AÉROPORT,  
BAB IGHLI 40000  
MARRAKECH  
TÉL. : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
FAX : 05 24 44 40 42

طريق المطار، باب إغلي  
40 000 مراكش  
الهاتف: 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
الفاكس: 05 24 44 40 42

ANESTHESIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GENERALE  
ET INTERVENTIONNELLE  
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHETIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NEPHROLOGIE  
CHIRURGIE VISCERALE  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE  
HEMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PEDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE  
PNEUMOLOGIE  
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE  
0524 369 600  
SERVICE CONSULTATIONS  
0666 643 837  
SERVICE PRISE EN CHARGE  
0673 961 316 ET 0662 854 677  
SERVICE FACTURATION  
0662 852 953

Le 27 juillet 2020

MR GUERGAAI MED TAHA

MARRAKECH LE .....

Dossier Num. C.7682

(Douleurs rachidiennes)

50,70  
**1- Riacen gel**

1 application 2 fois par jour

**2-Myolaxol cp 500mg**

1 cp x 2 fois par jours

1 قرص 2 مرات يوميا (9H و 21H)

مدة العلاج : 4 اشهر

Durée du traitement: 4 mois

Pharmacie LE CAPOCEE  
Dr. Mohammed EL RACH  
6, Imm. Mokhtar Soussi  
Bd. Abderrahim Bouabid  
Tél: 05 28 43 22 69 - 05 28 43 22 69

Dr. Najib kissani  
ن. نجيب كسانى  
Professeur en Neurologie  
110-1100-SOMMAIL / IMPT 0710 02 988  
najinika@gmail.com

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

## Reçu de caisse

N° : 2007271723251940. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
200727172222SA-001	GUERGAARI MOHMED TAHA	27/07/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT		300,00
Total payé		TROIS CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : SAADOUN

التركيب:

بيروكسيكام..... 100 غ

سواغات (بما فيها بروبيلين كلينول) لأجل..... 100 غ

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال

يحفظ به في حرارة لا تتعدى 25 درجة

احفظ في مكان جاف  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Piroxicam

**Riacen® 1%**

Crème

Tube de 50 g

NE PAS AVALER



**Riacen® 1%**  
Piroxicam

Crème  
Tube de 50 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240747

59,69

LOT 240102  
SER 08723  
REV 602H60