

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-426677

83245

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10727

Société : RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : OUATHI SAMIRA

Date de naissance : 22/09/1974

Adresse : 30 Résidence MARIA-LAKRINATE

AIN CHOK - CASA

Tél : 0661535706

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. El Fokir Molo

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
	15	3	3000	INP : 091171074

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL IMAM MALEK	24/6/2021	1600

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en 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.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# Docteur Yassine El Hassani

Neurochirurgien

Spécialiste en Chirurgie de la tête et du dos  
Adulte et Enfant

Ancien interne des hôpitaux

Ancien Chef de clinique neurochirurgie

Hopitaux Universitaires Genève (Suisse)

Diplômé en Electroencéphalographie à Lille (France)

Spécialiste en migraines et céphalées

Sur rendez vous

# الدكتور ياسين الحساني

طبيب جراح للأعصاب

مختص في جراحة الرأس والظهر

للکبار و الأطفال

طبيب داخلي في المستشفيات الجامعية سابقا

رئيس مصلحة لجراحة المخ والأعصاب

للمستشفى الجامعي جنيف سابقا

حاصل على دبلوم في التخطيط الكهربائي للدماغ بليب (فرنسا)

الشفقة و آلام الرأس

بالموعد

Casablanca le .....

24 JUN 2021

Rp

M<sup>re</sup> El Fotein MAZAK

1/ Colipred 20mg

52,8

2 p matin

2/ Oub 20mg

28,8

1 p matin

3/ Vitonexil fort

79,3

1 p + 3/1

4/ Vit A (p)

160,8

7,7mg

Dr. YASSINE EL HASSANI  
Neurochirurgie  
Rue 28, N°64  
Lakemal, Casablanca  
Tél: 05 22 21 33 13  
ASM: 06 61 08 55 05

Bd Abderrahim Bouabid (ex Jerrada), N°59 et rue des mésanges N°5, CP 20410, Quartier Oasis Casablanca

شارع عبد الرحيم بوعبيد (شارع جرادة سابقا)، رقم 59 وزاوية زنقة ميزنج رقم 5، حي الوايزس - الدار البيضاء

الهاتف/ الفاكس 05 22 25 60 27 Tél/Fax : 06 26 43 32 82 المستعجلات :

البريد الإلكتروني Email: drelhassaniyassine@gmail.com

INP : 091171074

IDEMCO

Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20-22 Rue Zoubeir Benou El Aouim - Roches Noires  
Casablanca,

فيتانفريل قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

28,80



PPV  
LOT  
PER



Handwritten signatures and dates: 18/05/15, 18/05/15, 20/05/15

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



351125

Composition:  
Benfotiamine ..... 100 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé  
Excipients à effet notoire :  
lactose, saccharose  
lire attentivement la notice avant utilisation  
ne pas laisser à la portée des enfants

6 118000 180593



25x34x79  
8

VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés  
pelliculés

Voie orale

sanofi~synthelabo



VITANEVRIL® FORT  
30 comprimés pelliculés

IDEMCO

Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20-22 Rue Zoubeir Benou El Aouim - Roches Noires  
Casablanca,

فيتانفريل قوي  
بنفوتيامين 100 ملغ  
30 حبة ملبسة  
عن طريق الفم

28,80



PPV  
LOT  
PER



Handwritten signatures and notes in blue ink, including "18/05/15" and "20/05/15".

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

25x34x79  
8

351125

Composition:  
Benfotiamine ..... 100 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé  
Excipients à effet notoire :  
lactose, saccharose  
lire attentivement la notice avant utilisation  
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés  
pelliculés

Voie orale

sanofi-synthelabo



VITANEVRIL® FORT  
30 comprimés pelliculés

مرهم للعين



5 غ مرهم للعين مع فيتامين A  
خال من المواد الحافظة  
يستعمل للعين

فيتا بوس

79,00

298348

79,00 DHS



LOT

PPC:

CE 0344



**URSAPHARM**  
URSAPHARM Arzneimittel GmbH  
Industriestraße 35  
66129 Saarbrücken  
Allemagne

**Distributeur:**  
KIT MED  
33, rue Lahcen Al Arjouni  
Quartier des Hôpitaux  
Casablanca / Maroc

6

Se conserve 6 mois  
après ouverture.

SBA

STERILE A



Pommade ophtalmique



5 g pommade ophtalmique  
avec vitamine A  
Sans agents conservateurs  
Voie ophtalmique

**Vita POS®**

6

Pour l'amélioration du film lacrymal et la protection  
de la surface de l'œil.

25 °C

يمكن حفظ العبوة 6 اشهر بعد فتحها

لتحسين الطبقة المسيلة للدمع ولحماية سطح العين

14  
plm



5 g pommade ophtalmique avec vitamine A

**Vita POS®**

31.2525