

# 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.

## Biologie 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

N° M21- 0005752

88137

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3082

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HATTAB ELIBRAHIMI Fatima

Date de naissance : 30/11/1960

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A.F. EL KHALIDY  
NEUROLOGUE  
Résidence Les Fleurs  
58 Bd. Zerktouni - Casa

Date de consultation : 08/10/2021

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /





# 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
08 Oct 2021	Q		2000	Dr. A.F. EL KHAYAT Neurologue Résidence Les Fleurs 59, Bd Zerkia - Casa

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY BOU Dr. Nizar BOUD 44, Lotissement Brou Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 05 22 58 10 49	05/10/21	436,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

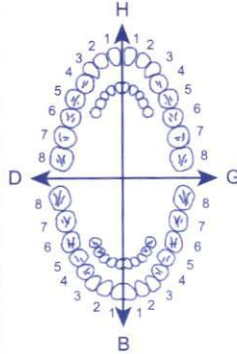
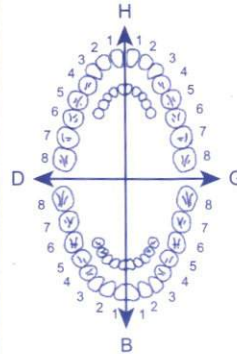
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. EL KHALIDY A. FARID**  
**NEUROLOGUE**

Ancien Maitre Assistant  
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "  
59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63  
05 22 27 91 37

**الدكتور الخالدي احمد فريد**

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي  
إبن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »

59 . شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

05 22 20 19 63  
05 22 27 91 37 } الهاتف

Casablanca, le : 08 OCT. 2021

Dr El Hattas  
El Bouatini  
Fiche

82,70 x6  
Dr. EL KHALIDY A. FARID  
44, Lotissement Bouatini  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37

7e jour 400 cc S.L.  
15 x 7 / 1

Alproy 0,50

T2 496,20

6 - Six


Dr. A. EL KHALIDY  
NEUROLOGUE  
Résidence Les Fleurs  
59. Bd. Zerkouni - Casa





6 118001 030347


○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

 **NOVARTIS**  
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

 **NOVARTIS**  
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

 **NOVARTIS**  
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

 **NOVARTIS**  
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

 **NOVARTIS**  
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347


○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

 **NOVARTIS**  
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

 **NOVARTIS**  
PPV : 82,70 DH

بصر في هذا الملصق وصفه طبيه - 11 اذ

بصر في هذا الملصق وصفه طبيه - 11 اذ