

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

- 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° W19-554615

124755

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3682 Société : MAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SKALI FETACHI KHALID
 Date de naissance : 08/08/66
 Adresse : 8 LOT HINA CALIFORNIA CASABLANCA
 Tél. : 6661065396 Total des frais : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : SKALI FETACHI KHALID
 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 : Le : 02 / 08 / 2012
 Signature de l'adhérent(e) :

INAKANI

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
16 JUL 2022	Cl.		2000	
16 JUL 2022	Injection Toxine Botulique		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/07/2021	2214,00

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

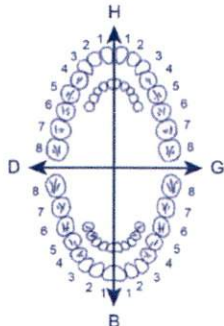
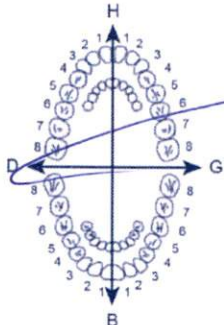
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

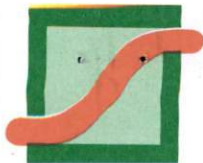
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Docteur Rafai Ma
Professeur - Neurologue

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations Neurophysiologiques

Casablanca, le 16 JUL. 2022

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux

Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris

ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) - Toxine Botulique

neuroconsultcasa@gmail.com Tel: Rdv 0622 873 066

SMS 0642 655 255

NOM ET PRENOM:

Mr Skali Fetachi
Khach

251/200
Dysport 1000
01 June

PHARMACIE HICHAM
Docteur en Pharmacie

298, Bd. Panoramique - Lixid
Tél / Fax: 022 21.39.63

DR. M. A. RAFAI
PES - Neurologue
Maladies du Système Nerveux - Muscles
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Rdv: 0622 873 066

Professeur Rafai Ma

Explorations Neurophysiologiques - ENMG - EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires
et Neuro-Musculaires)

Sur Rendez-Vous

Tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : neuroconsultcasa@gmail.com

Sur Rendez-Vous : 06 22 87 30 66

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

IPSEN

1 flacon

500 U

(-cutanée ou intramusculaire)



Conserver entre +2°C et +8°C

solution injectable
linique de type A

Dysport®



P.P.V. : 2812,00 DH
Dysport 500unité Iyo Inj b1

Sidi Bernoussi, Casablanca
Bd Alkhlia N° 5, Q1
Maphar



Soyez très prudent
Niveau 2
Un professionnel de santé
Ne pas consulter sans avis

500 U

Toxine botulinique de type A
poudre pour solution injectable

Dysport®

Composition en substances actives: toxine botulinique de type A (500 unités Speywood) par flacon.

Excipients: Solution d'albumine humaine à 20%, lactose monohydraté.

Mise en garde spéciale: ce médicament doit être administré par des médecins ayant déjà une bonne expérience de l'utilisation de la toxine botulinique. Lire attentivement le résumé des caractéristiques du produit avant utilisation.

Précautions particulières de conservation: à conserver entre +2°C et +8°C (au réfrigérateur). Ne pas congeler. Après reconstitution, une utilisation immédiate est recommandée. Toutefois, la stabilité a été démontrée pendant 24 heures entre +2°C et +8°C.

Élimination des déchets dérivés de ces produits: les aiguilles, les seringues et les flacons ne doivent pas être vidés et seront placés, après usage, dans des containers adaptés qui devront être incinérés. Le matériel contaminé (tissu absorbant, gants, débris d'ampoule) doit être placé dans un sac intraversable et éliminé par incinération.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Réservé à l'usage hospitalier.
Titulaire/Exploitant : IPSEN Pharma, SA, qual
Georges Gorse, 92100 Boulogne-Billancourt
Fabriquant : Ipsen Biopharm Ltd - Wrexham
(Royaume-Uni)
Médicament autorisé N° 34009 558 105 9 9



SPF12676
8

1066373

EXP 01/2021
000707

Dysport®
500 unités Speywood
poudre pour solution injectable
Toxine botulinique de type A

500 U

PHARMACIE HICHAM

Bd PANDRAMIQUE 298 CASABLANCA

LEBBAR MOHAMED HICHAM DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:0 R.C:0 PATENTE:34909245 I.F:24822901 TEL:05 22 21.06.68 FAX:05 22 50.28.00 ICE:001719318000092 INPE:092031434

F A C T U R E

Client.....:MR SKELLI FETTACHI KHALID

ICE.....:

Date.....:18/07/2022

FACTURE.....N°: 7

! QUANTITE !	DESIGNATION	! PPV !	! MONTANT !	! TVA !
1	DYSPORT=500 UI	2812.00	2812.00	0

Dr. M.A. RAFAI
 PES - Neurologue
 Maladies du Système Nerveux - Muscles
 ENMG - EEG - Toxine Botulique
 Tél: 05 22 21 87 30 85

PHARMACIE HICHAM
 Docteur en Pharmacie
 298, Bd. Pandramique - Casablanca
 Tél / Fax: 022 21.39.63

DONT TVA: 7 %: 0.00
 DONT TVA: 20 %: 0.00
 TOTAL TVA: 0.00

TOTAL: 2812.00
 TOTAL NET: 2812.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
 DEUX MILLE HUIT CENT DOUZE Dirhams 00 Centimes

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202206348	16/07/2022	M. SKALLI FETTACHI Khalid	Payant	16/07/2022	16/07/2022

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
TOTAL CLINIQUE					0,00

AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)	INJECTION TOXINE		1	1 200,00	1 200,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	1 200,00
---	----------------------	-----------------

URGENCE
Clinique DAR SALAM

URGENCES 24 / 24 مستعجلات

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202206347	16/07/2022	M. SKALLI FETTACHI Khalid	Payant	16/07/2022	16/07/2022

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
TOTAL CLINIQUE					50,00

AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)			1	250,00	250,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					250,00

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	300,00
--	----------------------	---------------

URGENCE
Clinique DAR SALAM