

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Information : contact@mupras.com
En charge : pec@mupras.com
et changement de statut : adhesion@mupras.com

En respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

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- 0051949

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5260 Société : A53562

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HACHAD Fouzia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661396163 Total des frais engagés : 1451,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelilah SAMI
Professeur de Neurochirurgie
44, rue des hôpitaux (face aux urgences)
Ibn Rochd Moritzgo - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 42

Date de consultation : 08/02/2023

Nom et prénom du malade : EL HACHAD Fouzia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neurologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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) :

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 bienfait des Actes
8/2/23	2		300,00	<p>Docteur Abdelhak AMU Professeur de Neurochirurgie 44, rue des Moulins (face aux urgences) Ibn Rochd Mr 12390 - Casablanca Tél: 05 22 22 22 42</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU LYCEE CASA - SARL AU bis rue de la Réunion - Casablanca Tél: 05 22 22 47 67 PHARMACIE DU LYCEE 092022060	8/02/2023	1101,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

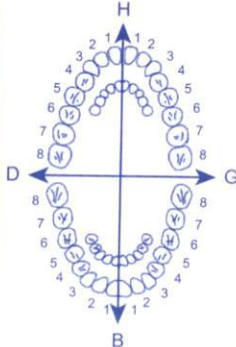
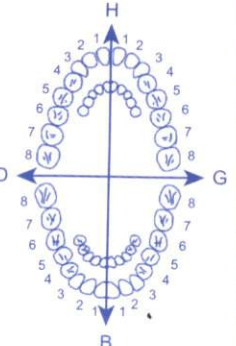
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Tégretol® 200 mg
50 comprimés sécables



6 118001 030019

LOT: M22084
EXP: AVR 2025
PPV: 51,30 DH

Tegretol®

LOT: M22084
EXP: AVR 2025
PPV: 51,30 DH



08.02.2023

الدار البيضاء، في

LOT: M22084
EXP: AVR 2025
PPV: 51,30 DH

PPV: 1690H00
PER: 10/25
LOT: L3391

LOT: M22084
EXP: AVR 2025
PPV: 51,30 DH

Mme EL HACHAD Fouzia

51,30 x 5
1 TEGRETOL 200 mg cp séc : E/50



1 comprimé le matin, 1/2 à midi, 1 le soir, pendant 3 mois.

2 LIORÉAL 10 MG



1/2 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 3 mois.

3 CILENTRA



1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois.

4 DOLICOX 90MG



1 comprimé à midi, après le repas, pendant 21 jours.

5 DOLIPRANE COMPRI ME SIMPLE 1000 MG

1 comprimé le matin, à midi, le soir et au coucher. SI DOULEUR

Professeur Abdelilah SAMI

PHARMACIE DU LYCEE
092022060

PHARMACIE DU LYCEE
CASA - SARB AU
8, bis rue de la Réunion - Casablanca

Docteur Abdelilah SAMI
Professeur de Neurochirurgie
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 22 22 42
INPE: 091032

PPV: 86DH40
PER: 10/25
LOT: L3390-2

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: samiabdelilah@yahoo.fr

الهاتف: 05 22 22 22 42 - المحمول: 06 23 77 96 11

البريد الإلكتروني: samiabdelilah@yahoo.fr

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/2

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par:

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Inde

PPV: 126 DH 00

TICALS MOROCCO LLC

n 1^{er},

UTICAL INDUSTRIES LIMITED

PPV: 126 DH 00

Médicament

RESPECT

LOT: M22084
EXP: AVR 2025
PPV: 51,30 DH