

# 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0023350

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : LOT MA BROUKA 99 ROUTE ALA FI MRAK

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2023

Nom et prénom du malade : FERIATI ABDELHAMID Age : 68

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

Nature de la maladie : Lumbago, Sciatalgie + NERB.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Marrakech Le : 06/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
06-04-2023	CD	30.010		Docteur MICHAËL G. EL FID NEUROLOGUE Asswak Assalam, Apt 23 Bab Doukkala, Marrakech 05 34 43 89 48/06 58 69 46 20

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie les Cyprès N° 127, Loc. Marrakech Tél : 05 34 43 02 03	06-04-23	368,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

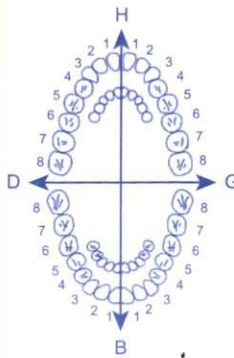
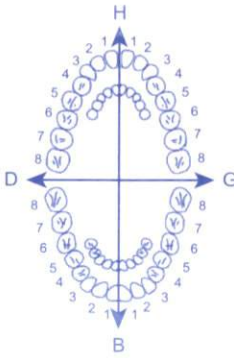
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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																	
	[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

Docteur HICHAM Chafiq

NEUROLOGUE

diplômé de la faculté de médecine  
de Strasbourg

الدكتور هشام شفيق

اختصاصي في أمراض الرأس  
الجهاز العصبي والعضلات  
خريج كلية الطب بـستراسبورغ

Marrakech, le 06 - 04 - 2023 .

M<sup>r</sup> Fezhi Abdelhadi

- NFS, VS
- cit D
- calcémie
- hygiène

Docteur HICHAM Chafiq  
NEUROLOGUE  
Aswak Essalam, Appt 23  
Bab Doukala, Marrakech  
06 24 43 89 88 / 06 59 69 36 20

ICE : 001628282000084 — INP : 071075113

أسواق السلام - الطابق الثاني - شقة 23 - باب دكالة - 40090 مراكش - Aswak Essalam, 2ème étage - Appt. 23 - Bab Doukala - Marrakech  
Tél : 05 24 43 89 88 - Gsm : 06 59 69 36 20 - E-mail : chafiqhicham@hotmail.com

Docteur HICHAM Chafiq

NEUROLOGUE

diplômé de la faculté de médecine  
de Strasbourg

الدكتور هشام شفيق

اختصاصي في أمراض الرأس  
الجهاز العصبي و العضلات  
خريج كلية الطب بـستراسبورغ

Marrakech, le 06-04-2023.

Mr Ferizhi Abdelhadi

Dolicox 90mg

14j x 2 fois AR.

Dizcitol

14 15 AR. x 1 mois

Nydeflex 150 mg (1 boîte)

Docteur HICHAM Chafiq  
NEUROLOGUE  
Asswak Essalam, Appt. 23,  
Bab Doukkala - Marrakech  
Tél : 05 24 43 89 88 - 06 59 69 36 20

ICE : 001628282000084 - INP : 071075113

**PIASLEDINE® 300MG**  
**Boîte de 30 gélules**  
**Distribué par Sothema-Souskoura**  
**PPV : 188,00 DHS**



*Signature*

*Signature*



**DOLICOX 90 mg**  
Etoricoxib  
14 Comprimés pelliculés



**دوليكوكس 90 ملغ**  
ايتوريكسيب

14 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

ب  
82 بر الكارديانين - عين السبع - الدار البيضاء  
من الصيدوقي - صيدلي ومسؤول

Lire la notice avant utilisation.

A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.  
Médicament soumis à la prescription médicale.

AMM N° 424/17DMP/21/NMP

اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

يحفظ داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة.  
نواء بوزارة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احفظوا الجرعات المحددة  
جدول A (liste A)

**DOLICOX 90 mg**  
Etoricoxib

PPV : 169DH00  
PER : 01/26  
LOT : M092

14 Comprimés pelliculés

voie orale

bottu ra

b

82, Allée des Casuarinas - Apt. Sochia - Casablanca  
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

# MYDOFLEX®

Tolpérisone HCl

150 mg

hup

• Voie orale

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

 LABATEC



MYDOFLEX® 150 mg

Tolpérisone HCl

30 Comprimés pelliculés



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4016  
MFG: 06 2022  
EXP.: 06 2025  
PPV: 940hs00





NOM: FERIATI

**PRENOM :** ABDELLODI

**RC : 106470. ICE : 001805306000014. IF : 70733480**  
**Adresse : 127 lot Mabrouka Marrakech**

**Adresse :** 127 lot Mabrouka Marrakech