

# 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

M23-001181

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8672 Société : DAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZOUHRI ABDELRAHMAN  
 Date de naissance : 14-2-1970  
 Adresse : 56 DAOUJ ZAKAJOUR EL KHADIM  
 Tél. : 0624832705 Total des frais engagés : 405,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HICHAM chafiq  
NEUROLOGUE  
Asswak Essalam, Appt. 23  
Bab Doukkala Marrakech  
05 24 43 89 38/06 59 69 35 20

Date de consultation : 14 / 4 / 2023  
 Nom et prénom du malade : ZOUHRI Abdelrahman Age : 52  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Vertiges  
 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 : 14 / 4 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



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
14/9/2023	CS		300 dh	<p>Docteur HICHAM Chafiq</p> <p>NEUROLOGUE</p> <p>Asswak Essalam, Appt 2</p> <p>Bab Doukkala, Marrakech</p> <p>+33 89 38 06 59 69 76</p>

Docteur HICHAM Chafiq  
NEUROLOGUE  
Asswak Essalam, Appt 23  
Bab Doukkala, Marrakech  
05 24 43 89 38/06 59 69 16 20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie de l'Aéroport de Manketch</p> <p>Ministère de l'Aéroport Manketch - Ménak</p> <p>Tel / Fax : (+212) 05 24 44 00 38</p> <p>uh.deleat@port.manketch.ma</p>	14/09/2023	105,80 €

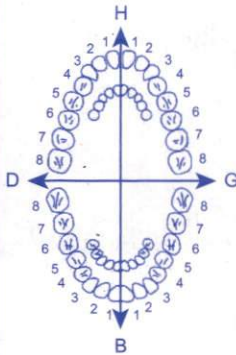
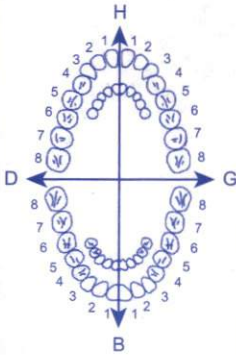
[illegible][illegible]

# 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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez 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

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	00000000 35533411	00000000 11433553
	B	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

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 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

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline  
Gouttes buvables 20 ml



Marrakech, le 14.9.2023

96.10 M. ZOUBRI Abdelah

Sulrid 50

1/2

1/2

1/2

PPV: 39DH80  
PER: 02/26  
LOT: L4247

40.00

39.80 Laroxyl 4

10 giles le coucher

40.10 Leclit 16

Sulrid® 50 mg  
20 Comprimés



6 118000 240471



LECTIL 16 mg  
30 Comprimés sécables  
Brenthione (dichlorhydrate)

Docteur HICHAM Chafiq  
NEUROLOGUE

Asswak Essalam  
Bab Doukala  
05 24 43 89 88

Sulrid®

SULPRIDE

50 mg / 20 COMPRIMÉS

GENPHARMA

ICE : 001628282000084 - INP :

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