

## 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

- Reclamation : 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° W21-789870

182632

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **YAZZAG SAHWA**

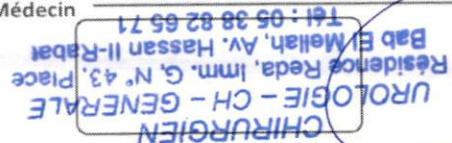
Date de naissance : .....  
**M. Se adrine**

Adresse : .....

Tél. **0661294950** Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **NEJAI Jamar eddine** Age : .....

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 **08 NOV 2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-789870

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....



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
09/11	G		230,2	INF: _____ <b>Dr. DRAOUI - H</b> <b>CHIRURGIEN</b> <b>UROLOGE CH. GENE</b> G. Imm. G. N° 4

09/11/93

Dr. DRAOUI - H  
CHIRURGIEN  
UROLOGIE CH. GENE  
G. N° 4

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/23	1179,00

Date	Montant de la Facture
------	-----------------------

1179.00

[illegible][illegible]

FIN  
D'EXECUTION

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

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Hamid DRAOUI**  
**Spécialiste en CHIRURGIE GENERALE**

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Ex-Chef des Services de Chirurgie Hôpital Prince Moulay Abdellah  
Chirurgien Expert Assermenté Près les Tribunaux

**CABINET CHIRURGICAL**

APPAREIL DIGESTIF

PROCTOLOGIE

REIN VESSIE PROSTATE

GLANDES ENDOCRINES THYROÏDE

**Consultation sur RENDEZ VOUS**

**M. DRAOUI HAMID**

**09/11/2023**

**INP : 101045508**



Cabinet

Chirurgical

**DRAOUI .H**



101045508

**كتور حميد الدراوي**  
**صايسي في الجراحة العامة**

داخلية سابقا بمستشفيات باريس  
سابقا بقسم الجراحة، بمستشفى الأمير مولاي عبد الله - سلا  
جراح خبير محلف لدى المحاكم

**أدة جراحية**

ة الجهاز الهضمي، جراحة الشرج

كليتين والمسالك البولية

أحة الغدة، الجراحة الترميمية

**1 - LIPANTHYL 200 mg Gélule**

Prendre 1 Gélule Prise unique le Matin au début des repas

**2 - CRESTOR 10 mg Comprimé**

Prendre 1 Comprimé 1 fois par jour

**3 - \*-----DUREE du TRAITEMENT-----\***

Prière de DELIVRER la quantité suffisante pour les Médicaments 1-2 pour un TRAITEMENT de 6 MOIS

**TRES IMPORTANT** : En Cas d'ALLERGIE ou toute forme d'INTOLERANCE aux médicaments prescrits il est IMPERATIF d'arrêter toute prise de ces médicaments et me contacter personnellement EN URGENCE ou TOUT MEDECIN DISPONIBLE afin de prendre les mesures nécessaires

Traitement prescrit jusqu'à la prochaine consultation prévue le : .....

Prière de RESPECTER VOTRE RENDEZ VOUS ou bien le MODIFIER auprès du Secretariat

**Dr Loubna LAMRANI**  
Pharmacie Moulay Ismail  
24, Av Moulay Ismail, Hassan - Rabat  
Tel : 05 37 20 37 81  
INP: 10 2064 961

**Dr. DRAOUI - H**  
**CHIRURGIEN**  
**UROLOGIE - CH - GENERALE**  
Résidence Reda, Imm G N° 43, Place  
Bab El Mellah, Av Hassan II-Rabat  
Tél: 05 38 82 65 71

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V: 243,00 DH  
6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V: 243,00 DH  
6 118001 183111

**Tel : 05 38 82 65 71**

Résidence REDA, Imm G N° 4  
Place Bab El Mellah Av Hassan II Rabat

**Tél 07 03 40 60 77 \*\* 07 03 37 79 14**

مة رضا عصارة "ج" رقم  
ساحة باب الملاح شارع الحسن الثاني الرباط

**07 03 40 60 77 \*\* 07 03 37 79 14** :اتف





**LIPANTHYL® 200M**

FÉNOFIBRATE

**200**

مستحقّ مستقلّ، MICRONISÉ

30 GÉLULES

30 كَيْسُولَةٌ

\*3326357\*



maphar

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

**LIPANTHYL® 200 mg Gel B30**

P.P.V. : 115,50 DH



6 118001 181629

**المالك :**

**Titulaire de l'AMM au Maroc :**

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

**المصنّع:**

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

**LIPANTHYL® 200M**

FÉNOFIBRATE

**200**

مستحقّ مستقلّ، MICRONISÉ

30 GÉLULES

لستيل  
30 كبسولة

\*3326357\*



maphar

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

**LIPANTHYL® 200 mg Gel B30**

P.P.V. : 115,50 DH



6 118001 181629

**المالك :**

**Titulaire de l'AMM au Maroc :**

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

**المصنّع:**

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

**LIPANTHYL® 200M**

FÉNOFIBRATE

**200**

مستحقّ مستقلّ، MICRONISÉ

**30 GÉLULES**

30 كَيْسُولَةٌ

\*3326357\*



maphar

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

**LIPANTHYL® 200 mg Gel B30**

P.P.V. : 115,50 DH



6 118001 181629

**المالك :**

**Titulaire de l'AMM au Maroc :**

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

**المصنّع:**

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

**LIPANTHYL® 200M**

FÉNOFIBRATE

**200**

مستحقّ مستقلّ، MICRONISÉ

30 GÉLULES

# استیلا

\*3326357\*



maphar

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

**LIPANTHYL® 200 mg Gel B30**

P.P.V. : 115,50 DH



6 118001 181629

**المالك :**

**Titulaire de l'AMM au Maroc :**

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

**المصنّع:**

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France



**LIPANTHYL® 200M**

FÉNOFIBRATE

**200**

مستحقّ مستقلّ، MICRONISÉ

30 GÉLULES

30 كَيْسُولَةٌ

\*3326357\*



maphar

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

**LIPANTHYL® 200 mg Gel B30**

P.P.V. : 115,50 DH



6 118001 181629

**المالك :**

**Titulaire de l'AMM au Maroc :**

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

**المصنّع:**

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France