

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0016955

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3804 Société : ROYAL AIR MAROC  
 Actif  Pensionné(e)  Autre  
 Nom & Prénom : ASMIL NAZHA  
 Date de naissance : 11/11/1955 RABAT  
 Adresse : 13 Rue Joubert apt 30, 5ème étage  
 Tél. : 0661209997 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2023  
 Nom et prénom du malade : M. ASMIL NAZHA Age: .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Lombalgie + Talalgie  
 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 : CASABLANCA Le : ..... / ..... / .....  
 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.

**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
09/10/23	Z	1	169.60	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/23	169.60

**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	
	09/10/23		2			169.60

**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">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca  
Diplômé universitaire de Gériatrie - Gérontologie  
de l'Université de Bordeaux

OMNIPRATICIEN

Gériatrie- Gérontologie  
Suivi des maladies chroniques  
Troubles du sommeil  
Douleurs chroniques  
Santé mentale  
Echographie  
Electrocardiographie



الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء  
دبلوم جامعي في طب الشيخوخة - علم الشيخوخة  
من جامعة بورنو - فرنسا

طبيب عام

طب الشيخوخة  
متابعة الأمراض المزمنة  
اضطرابات النوم  
الالام المزمنة  
الصحة النفسية  
الفحص بالصدى  
تخطيط  
09/10/2023

## MME ASMI NAZHA

- DuoRelax - gélule  
2 gélules, matin, soir pendant 1 semaine
- Duoxol 500 mg / 2 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, midi et soir, pendant 1 semaine
- Dolicox 90 mg - Comprimé  
1 Comprimé, matin, pendant 5 jours
- IPSIUM 20 MG - gélule  
1 Gélule, matin pendant 1 semaine

Semelles orthopédiques

Docteur Marouane HAKAM  
Médecine générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél : 05 22 25 87 48 - INPE : 091252782

Tél : 05 22 25 87 48 - email : cabinethakam@gmail.com  
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème étage. Val fleuri - Casablanca  
89 ، شارع سطنال ، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء.

صيدلية  
PHARMACIE VAL-FLEURI  
Mme. ASMI NAZHA  
89, Av. Stendhal - Casablanca  
Tél : 05 22 25 87 48

169.40

# DUOXOL®

Paracétamol / Thiocolchicoside

## 500mg / 2mg

Voie orale

Boîte de **20** comprimés

 POLYMÉDIC

 500mg/2mg 

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00



# IPSI

Eson



Boîte de 7 gélules ga

46,00

04

0425

7 46000

NAZHA ASMI

**FACTURE N° : 2023110044**

Casablanca le, 02/11/2023

**Code Client : 002365**

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Remise	Montant	Tva
<b>BL N° 2023110057 DU 02/11/2023</b>						
010297	FOOTCARE SEMELLES SUR MESURE REPARTITION PRESSION	1	700.00	0.00%	700.00	20.00%
012384	FOOTCARE MOUSSE MÉMOIRE DE FORME 3MM ROUGE	1	100.00	0.00%	100.00	20.00%
012393	FOOTCARE PLAQUE EVA	1				
012394	FOOTCARE MICROTEx SOFT PERFORÉ	1				

BDM Pharma  
 14, rue diJla  
 Casablanca, Maroc  
 Tél: 0522207895 / 0522270710 / 0520444800  
 Fax: 05 22 20-78-95

666.66

20 %

133.34

TOTAL H.T.

666.66

TOTAL T.V.A.

133.34

DROIT DE TIMBRE

0.00

TOTAL T.T.C.

800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
HUIT CENTS DH.

Page: 1 / 1

# Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca  
Diplômé universitaire de Gériatrie - Gérontologie  
de l'Université de Bordeaux

OMNIPRATICIEN

Gériatrie- Gérontologie  
Suivi des maladies chroniques  
Troubles du sommeil  
Douleurs chroniques  
Santé mentale  
Echographie  
Electrocardiographie



# الدكتور مروان حكيم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء  
دبلوم جامعي في طب الشيخوخة - علم الشيخوخة  
من جامعة بوردو - فرنسا

طبيب عام

طب الشيخوخة  
متابعة الأمراض المزمنة  
اضطرابات النوم  
الآلام المزمنة  
الصحة النفسية  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

09/10/2023

## MME ASMI NAZHA

Arthralgies des 2 chevilles + talalgies à la marche

Semelles orthopédiques adaptées

Docteur Marouane HAKAM  
Médecin générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél : 05 22 25 87 48 - INPE : 091282782

~~B D M Pharma  
Téléphone : 0522202068  
Casablanca - Anfa  
0522173668 / 0522202068~~