

## **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

- 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'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)**



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Dos n° 10489

Nº W19-471966

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0914	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NMISSA MOHAMMED			
Date de naissance : 01-06-1944			
Adresse : Hay Touloub Abdellah Rue 189 N°8 AïN CHOK Casab			
Tél. : 0522506492	Total des frais engagés	0752,60 DH	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	14/10/2019
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Névralgies cervico-brachiales
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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

**•  
-tre de l'adhérent(e) :**

Le : 23/11/2019

#### **RELEVE 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
11 - 11 - 2015	CS	2000 Dhs	INP : 091241006	ZINER

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KHOURI TITOUIMI العنان نيل مفاجئ شام فناجين العنان 83 15	11/11/19	442,60 102,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE 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	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<p style="text-align: center;">H                            G</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<hr/>																
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																

# Docteur ATTAR Zineb

Neurologue-Epileptologue

Adulte-Enfant

• Vidéo Electroencéphalogramme « EEG »

• ElectroNeuroMyogramme « ENMG »



# الدكتورة عطار زينب

اختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب  
والعمود الفقري والعضلات وإختصاص أمراض  
الصرع (الكبار والأطفال)

• تخطيط الكهربائي للدماغ ( الشبكة )

• التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca le :

14/11/2019

LOT : 0068  
EXP : MAR 2023  
PPV : 51,30 DH

LOT : 0065  
EXP : NOV 2023  
PPV : 51,30 DH

LOT : 0068  
EXP : MAR 2024  
PPV : 51,30 DH

## PHARMACIE KH

ATTIOUI M.

Hai Yasmine 4 Rue 68 N° 2

Angle Rue 48 N° 21

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 22 06

Fax : 05 22 50 22 66

51,30 x 3  
x 11

Medicament  
0- 0- 1/2/26  
0- 0- 1/2/26

pris 1/2 - Alysser 1/2 47,90 nuproxeine  
47,90 x 3/10/26  
T 48 x 3/10/26

الصفا 404 شارع القدس، إقامة السكن الأنثيق، الطابق 3 رقم 18، عين الشق، الدار البيضاء

404, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaa), 3<sup>eme</sup> Etage N° 18, Ain Chok - CASABLANCA.

Tel : 05 22 52 25 16

GSM : 06 65 04 33 10

Email : attar.neurologie@gmail.com

الهاتف : 05 22 52 25 16

المحمول : 06 65 04 33 10

X 3) 198.- No ciceptor gel

12,80

Y)

1 app

Qebel

1 af 26

PVC: 198,00 DH

LOT 181039  
EXP 02/2021  
PPV 52.80DH

العنصرية المائية  
مشام فلآخر زنة رقم 15  
مواعي من 05.22.21 18:31:15  
جدة الشفاف الماء

DOCTOR A.  
NEUROLOGIST  
ASSISTANT  
Assala 4000  
Tel: 05222160 - Gurno: 060 310  
EL AOUA

482,60