

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

## STIVER 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

- 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



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

ND: 44949

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010083

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 578 Société : BAC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Boumelidjokou Date de naissance :  
 Adresse : 1 rue du 45 Anllak Cas  
 Tél. : 0522210862 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Naval AISSAOUI  
Rhumatologue  
Appt N° 3, Imm 28 Rse, Addaman Angle  
Bd El Kods et Ouled Haddou, Ain Chock  
Casablanca - Tél. : 05 22 57 33 40

Date de consultation : 05 / 10 / 2020  
 Nom et prénom du malade : Sabe Halleg Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : lumbago 6-5  
 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.

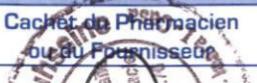
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

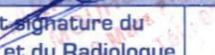
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Périodicité des Actes
05/10/2020	2520	9	270,00	
12/10/2020	2520		270,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/2020	366,40
	12/10/20	147,10

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

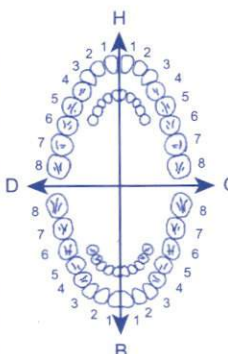
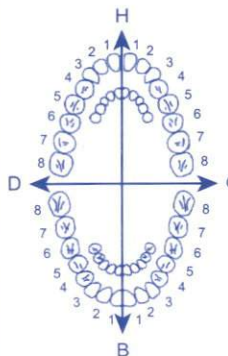
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Nawal AISSAOUI**

**RHUMATOLOGUE**

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS,  
des Articulations, la Colonne Vertébrale et des Tendons  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ancienne Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé



**د. نوال عيساوي**

أخصائية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام، المفاصل، العمود  
القري والوتر

تخرجت من كلية الطب بالرباط  
سابقة بمسشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 12/10/2020 الدار البيضاء، في :

M<sup>me</sup> Sabi Halim

1/ Myalalgie

14 x 31

18

2/ Gaprex 750g (exhaustif)

18

97,70

1 gel 1/2

Amp 5 mg

49,40

(SV)

PHARM

MOUHSS

834, Av. 2 Ma  
Casablanca

97,70

49,40

147,10

Docteur Nawal  
Rhumatologue  
N° 3 Imm 28 Addamane  
Ain Chock - Casablanca - Tél : 05 22 87 33 40

زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الكوس - Angle Bd. El Kous et Ouled Haddou - Ain Chock - Casablanca  
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El Kous et Ouled Haddou - Ain Chock - Casablanca

Tél./ Fax : 05 22 87 33 40 : فاكس / الهاتف

**Dr. Nawal AISSAOUI**

**RHUMATOLOGUE**

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS,  
des Articulations, la Colonne Vertébrale et des Tendons

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

El Ayachi - Salé



**د. نوال عيساوي**

تخصصية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل، العمود

الظهر والأوتار

أستاذة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا



الدار البيضاء، في : 05/10/2020



56.60  
1/ Diprostene

37100  
2/ Uoxol

150, 100  
31 Celebrex

122, 80 1 gel.  
4/ Zogas 40mg

366, 40 1 gel.  
water



**Docteur Nawal AISSAOUI**  
Rhumatologue

Appr N° 3, Imm. 28 R.S.E. Addaman Angle  
Bd. El Kods et Ouled Haddou, Ain Chock  
Casablanca. Tél.: 05 22 87 33 40

زاوية شارع القدس وأولاد حادو، عمارة 28 الشقة رقم 3، عين الشق - الدار البيضاء  
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El kods et Ouled Haddou - Ain Chock - Casablanca

الهاتف / فاكس : 05 22 87 33 40