

## 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

- 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-654288

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8545 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AISSOU ABDELGHANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
31.08.22	G	-	G	<p>INP: 00000000000000000000</p> <p>Dr. Mouad EZZOUBI</p> <p>NEUROLOGUE</p> <p>EEG - EMG</p> <p>5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux</p> <p>Tel: 0522 48 53 61</p>

[illegible][illegible]

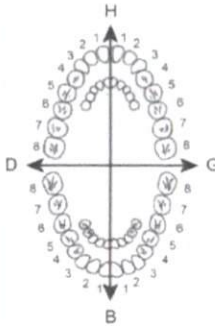
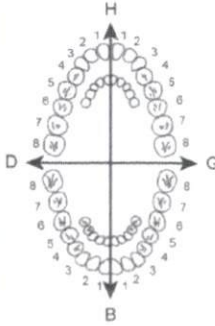
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>Handicap 2013 INSTITUT FRANÇAIS DE Sémiologie Résidence - Casablanca 12 - Fakhri 02 49 53 58</p>	04/10/22	X				<p>200x2 = 4000m</p>

# 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	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"/>														
	<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">G</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> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Mounir EZZOUBI**

Neurologue

Electroencéphalogramme ( EEG )

Electromyogramme ( EMG )

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

**الدكتور منير الزوبي**

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ ( الشبكة )

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب بـ بروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : ..... **31 Août 2022** .....

**Mr EL AISSOUG Abdelghani**

**Faire pratiquer par Kinésithérapeute pour syndrome canalaire**

**du nerf SPE Gauche**

**20 séances de massages avec physiothérapie et  
rééducation motrice**

**Tonification musculaire puis travail proprioceptif sur  
plateaux instables.**

**Hanane EZZOUBI**  
**KINESITHERAPEUTE**  
**PHYSIOTHERAPEUTE**  
5, Rue Gallien - Résidence Soumia App.9 - 2<sup>e</sup> Etage, Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél : 05 22 48 53 61 / 06 62 15 93 32 / E-mail : mounir.ezzoubi@gmail.com

**الدكتور منير الزوبي**  
**Docteur Mounir EZZOUBI**  
**NEUROLOGUE**  
**EEG - EMG**  
أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux  
Casa - Tél. 0522 48 53 61

## DEMANDE DE DEROGATION

Code :PM2FR01  
Version :01  
Date :15/06/2022

Je soussigné(e), <b>C</b>	أنا الموقع (ة) (أسفله)،
Nom : <b>EL AISSOUG</b>	الاسم العائلي: <b>العيسوي</b>
Prénom : <b>ABDELGHANI</b>	الاسم الشخصي: <b>عبد الغني</b>
Matricule : <b>8545</b>	رقم التسجيل: <b>8545</b>
Numéro de feuille de soins : <b>W-21654286 / W21-654288</b>	رقم ورقة التعويض عن المرض:
Motif dérogation : <b>Rééducation</b>	سبب الطلب: <b>ترويض طبي</b>

<p><b>Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ARTICLE 23.1 (accord préalable)</b></li> </ul> <p>L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ;</li> <li>• Les séjours en maison de repos ;</li> <li>• Les interventions chirurgicales ;</li> <li>• Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ;</li> <li>• L'orthopédie ;</li> <li>• La rééducation ;</li> <li>• Les cures thermales ;</li> <li>• La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ;</li> <li>• La procréation ;</li> <li>• Les lentilles optiques ;</li> <li>• Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ;</li> <li>• Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ;</li> <li>• Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affectation Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ARTICLE 25 (feuille de soins maladie)</b></li> </ul> <p>Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.</p>	<p><b>أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>المادة 23.1. (طلب الموافقة القبليّة)</b></li> </ul> <p>من الواجب على المنخرط طلب الموافقة القبليّة بموجب وصف طبي في الحالات التالية:</p> <p>الاستشفاء في المغرب أو خارج المغرب في العيادة، المستشفى أو المرافق الصحية</p> <p>الاستشفاء في المنزل</p> <p>لتدخلات الجراحية</p> <p>تركيب وتقويم الأسنان للفكين</p> <p>طب العظام</p> <p>الترويض الطبي</p> <p>العلاج الحراري.</p> <p>علم امراض النطق والامراض النفسية.</p> <p>الانجاب</p> <p>العدسات البصرية.</p> <p>رعاية المعاقين جسديا وعقليا.</p> <p>التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتكررة في عدة حصص التي تشمل تدخل أو أكثر في إطار وقت محدد.</p> <p>امراض الاورام، امراض الدم، الصيدلة والامراض المزمنة التعااضدية تتولى تسديد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض)</b></li> </ul> <p>يتم تحديد صلاحيتها ب 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض</p>
--	--

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : **01/09/2022** في التاريخ  
A : **Casablanca** في  
Signature (lu et approuvé\*) **Lu et approuvé** التوقيع

**MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER**

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel. معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 08-09 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية.

**\*La mention lu et approuvé est obligatoire pour l'étude du dossier**

# **HANANE EZZOUBI**

**Kinésithérapeute-Physiothérapeute**

V/Réf :

## **Note d'honoraire**

Casablanca, le 06-10-22

Nom et Prénom

: Mr EL Aissouy Abdelghani

Nom du Médecin

: Dr EZZOUBI Hanane

Nombre de séance

: 20 séances

Nature de la maladie

: Nef SFE gauche

Total

: 4000,00 M

Arrêter la présente facture à la somme de :

quatre mille M



# حنان الزوبي

مروضة طبية



## Hanane EZZOUBI

Kinesithérapeute

M. \_\_\_\_\_

ABDASSADOUSSANG.

5, Zénقة كاليان, إقامة سومية شقة 12, الطابق الثاني  
حي المستشفيات - الدار البيضاء

5, Rue Galien (Prolongement de rue soumia vers l'Hôpital)

Résidence Soumia 2ème Etage Appt. 12

Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 0522 22 12 12 - Fax : 0522 48 53 58

Email : ezzoubi.kine@yahoo.com

N°	DATES	HEURES
1	04-10-99	15h00
2	05-10-99	15h00
3	06-10-99	15h00
4	07-10-99	15h00
5	11-10-99	15h00
6	12-10-99	15h00
7	13-10-99	15h00
8	14-10-99	15h00
9	17-10-99	15h00
10	18-10-99	15h00
11	19-10-99	15h00
12	20-10-99	15h00
13	21-10-99	15h00
14	21-10-99	15h00
15	25-10-99	15h00
16	26-10-99	15h00
17	27-10-99	15h00
18	28-10-99	15h00
19	31-10-99	15h00
20	01-11-99	15h00

En cas d'empêchement, merci de prévenir 24h à l'avance.





المخطوط الملكية المغربية  
royal air maroc

Copier le planning  
pour les séances  
d'éducation