

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2334

Société : 34172

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NADIF ABDELLAH

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) : .....

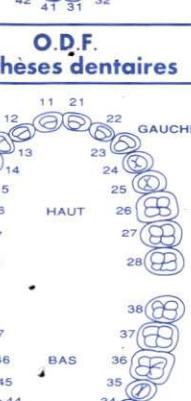
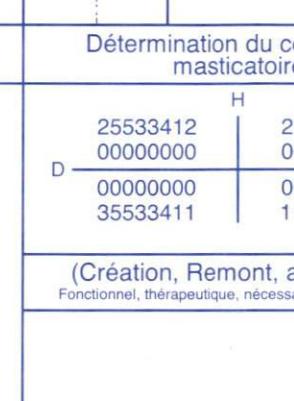


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 | Coefficient des travaux                                |
|--|--|------------------|-------------|--|
|   |  |                  |             | <input type="text"/>                                   |
|   |  |                  |             | <input type="text"/>                                   |
| <b>O.D.F.<br/>Prothèses dentaires</b>  | Détermination du coefficient masticatoire  |                  |             | <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/> |
|  | $  \begin{array}{c c}  H & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \\  & 00000000 \\  & 35533411 \\  \hline  G & 11433553  \end{array}  $ <p>(Création, Remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | <b>Montant des soins</b><br><input type="text"/>       |
|  |  |                  |             | <b>Date du devis</b><br><input type="text"/>           |
|  |  |                  |             | <b>Fin d'execution</b><br><input type="text"/>         |

|   |                |                        |   |
|---|----------------|------------------------|---|
| <b>VOLET ADHERENT</b>   |                | NOM :                  | <b>Mle</b>  |
| <b>DECLARATION N°</b>   |                | <b>P 14 / 0030740</b>  |  <b>MUPRAS</b><br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>de Royal Air Maroc |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | <i>Cachet MUPRAS</i>  |
|   |                |                        |   |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |   |



P 14 / 0030740

**DATE DE DEPOT**

|   |  |                                 |    |  |
|---|--|---------------------------------|----|--|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |  | Mme 2334                        |    |  |
| Nom & Prénom NADIF ABDELAH                        |  | Signature de l'adhérent         |    |  |
| Fonction  | Phones                                       |                                 |    |  |
| Mail  |  |                                 |    |  |
| MEDECIN   | Prénom du patient RACHIDA BOUAFIA            |                                 |    |  |
| Adhérent <input type="checkbox"/>                 | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> |    |  |
| Age   |  | Date 24/04/2024                 |    |  |
| Nature de la maladie                              |  |                                 |    |  |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |  |                                 |    |  |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient                          | Montant détaillé des honoraires |    |  |
| CS  | =  | 25000 00                        |    |  |
| PHARMACIE   | Date 16/04/2024                              |                                 |    |  |
| Montant de la facture 376,80                      |  |                                 |    |  |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                          |  | Date                            |    |  |
| Désignation des Coefficients                      | Montant détaillé des Honoraires              |                                 |    |  |
| 28/04/2024  | 1400,- dhs                                   |                                 |    |  |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                              |  | Date                            |    |  |
| Nombre  |  | Montant détaillé des Honoraires |    |  |
| AM  | PC   | IM                              | IV |  |
|   |  |                                 |    |  |

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7  
Ikamat Al Amal, Errahma,  
Casablanca.

Téléphone : 0522.65.85.70  
Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Rachida Boula Zafar

Date : 16/11/20

N° Facture : 752

Pour : Achat de médicaments

| Désignation | Quantité | Prix unitaire | Prix Total |
|-------------|----------|---------------|------------|
|-------------|----------|---------------|------------|

|                   |   |       |        |
|-------------------|---|-------|--------|
| Cefaline Sachets  | 1 | 14,20 | 14,20  |
| Oxol 20mg 10 cps  | 1 | 30,00 | 30,00  |
| Droxol cp         | 1 | 37,00 | 37,00  |
| Magnivie cp       | 1 | 99,00 | 99,00  |
| Athy mil 30mg 120 | 2 | 98,30 | 196,60 |

PHARMACIE Abdelhakim  
Dr. BENSIDIANE Mohammed  
Résidence Al Amal n° 7 N° 4  
Errahma Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 65 85 70

376,80



98,50

# Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,  
du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



# الدكتورة سلوى عماري

طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، ألم الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهايمر، مرض باركينسون، مرض التصلب المعد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ: الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

24/04/2015

Dr. Salwa OUMARI RAE (0522)

$\rightarrow A g = 46 \rightarrow$   
 $\rightarrow M = RAB$   
 $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$   
 $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$   
 $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$   
 $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$   $\rightarrow$

**CLINIQUE LE PARC** Hermitage  
**SERVICE DE RADIOLOGIE**  
 Rosa 1, angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux  
 (à côté de MacDonald's - Hermitage)  
 Tél : (0522) 28 64 64  
 INP : 090062126

CE 10/04/2015

193. شارع أم الربيع الطابق الأول، الرقم 3 - (قرب البايدك) - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 90 33 03 - الفاكس: 0522 90 22 66

193, Bd. Oum Rabii, 1er étage, N° 3 - (Près de Lydec) - Oulfa - Casablanca - Tél. : 0522 90 22 66 - Fax : 0522 90 33 03

E-mail : s.oumari@hotmail.com

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

F A C T U R E

N° 1 211 / 2020 du 27/04/2020

|                 |                           |                      |                      |
|-----------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient     | <b>BOULAZAFER RACHIDA</b> | Entrée<br>27/04/2020 | Sortie<br>27/04/2020 |
| Prise en charge | <b>PAYANT</b>             |                      |                      |

|                                   | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant         |
|-----------------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| TDM CEREBRAL                      | 1,00   |            | 1 400,00      | 1 400,00        |
|                                   |        |            | Sous-Total    | 1 400,00        |
| <b>Total prestations externes</b> |        |            |               | <b>1 400,00</b> |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS | <b>Total général 1 400,00</b> |
|---|-------------------------------|

| Encaissements | Espèces  |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
|               | 1 400,00 |  |  |  | 1 400,00       | 0,00  |

CLINIQUE LE PARC Hermitage  
الحدائق لا رميثاج  
Rosa : angle allée de l'Aude et rue chant  
Tél: (0522) 28 64 64  
INP: 090062126

Casablanca, le 27/04/2020

MME BOULAZAFAR RACHIDA

### **TDM CEREBRALE**

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique sans injection de contraste iodé non ionique.

#### **RESULTATS :**

- Absence d'anomalie de densité parenchymateuse décelable à l'étage sus et sous tentoriel
- Structures médianes en place.
- Système ventriculaire de morphologie normale.
- Citernes de la base libres.
- FCP sans anomalie.
- Absence de trait de fracture

#### **CONCLUSION**

TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalie

*MERCI DE VOTRE CONFIANCE*

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE  
Dr. KCHIOUCHA Jihia  
Radiologue  
Rue 1 Angle Allée de l'Aude et Rue 3  
Casablanca - Tel. 0522 21 94 34