

## 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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 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

ND: 42748  
W19-499430  
Accordé en votre possession

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9383

Société :

SATI

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TOUSTAKIN

SATIKA

Date de naissance :

28-03-68

Adresse :

le ...

Tél. :

06 615 185 54

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. B. EL HAMDANI  
Rhumatologue  
Angle W. Hassan II et Méd VI, Rés. Palmeraie,  
Immeuble "A", Apt 5 - Témara - Centre  
Tél: 05 37 74 71 84 - 101163269

Date de consultation :

15/07/2020

Nom et prénom du malade :

Tousta Kin Samira

Age :

12 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Lombosciatalgie - D8 +

Cervicalgie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
11 DEC 2020  
ACCUEIL

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-499430

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

9383

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
15/08/2020	CS	01	250 DHS	INP : 101163268

Dr. B. EL HAMDANI  
Kineziologie  
Med VI. Ras. Palmeraie  
Témar Centre  
Tél: 05 37 74 71 84 • INPE: 101163269

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/8/2020	235,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	28/08/2020	20	Seances			20 x 150 3000 DHS

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

Dr. Btissam EL HAMDAOUI  
RHUMATOLOGUE

Echographie de L'appareil Locomoteur  
Diplômée De La Faculté De Médecine  
De Rabat  
Ancienne Attachée À L'hôpital  
El Ayachi - Salé



د. ابتسام الحمداوي  
أخصائية أمراض الرثية (الروماتيزم)  
أمراض العظام والمفاصل  
الفحص بالصدى

Lot: 15 Jan 12  
Per: 09/02/12  
PPV: 136DH50

Témara le : 15 AOUT 2020

Moustakim Samira.



① Al-yze 25 mg.  
1ge tube 1 le soir  
136,150 x20  
T

② Juvamine ampoule  
1 ampoule le matin  
99,00 235,150 x20  
T

Pharmacie du Médicament  
Dr. Khalid EL HAMDAOUI  
17 Lot. 4, Secteur 4, Hay Riad  
Rabat - Tél: 05 37 74 71 84 • INPE: 102041019

Dr. B. EL HAMDAOUI  
Rhumatologue  
Angle Hassan II et Med VI, Rés. Palmeraie, Imm "A", Appt 5 Témara • Centre  
Tél: 05 37 74 71 84 • INPE: 101163269

ملتقى شارع الحسن II ومحمد VI إقامة النخيل عبارة "A", شقة 5 تمار • المركز  
Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie, Imm "A", Appt 5 Témara • Centre  
Tél.: 0537 747 184 • E-mail: hamd003@yahoo.fr • GSM Pour RDV : 0662 896 968  
ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269





**CENTRE DOUNIA NASSOHA**

**KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE**

الطريق إلى الصحة

n° 9383

TEMARA LE, 28/08/2020

FACTURE

DEVIS

- NOM : Maustakim
- PRENOM : Samira
- NOM DU MEDECIN TRAITANT : D<sup>r</sup> B. EL Hamdaceui
- DIAGNOSTIC : Cervicalgies mécanique + Lombosciatalgies
- NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : 20 seances
- MONTANT DES SEANCES PRESCRITES :  $20 \times 150 = 3000 \text{ Dh}$
- NOM DU KINESITHERAPEUTE : Mme DOUNIA NASSOHA

SIGNE

**Dr. Btissam EL HAMDIAOUI**  
**RHUMATOLOGUE**

Echographie de L'appareil Locomoteur  
Diplômée De La Faculté De Médecine  
De Rabat  
Ancienne Attachée À L'hôpital  
El Ayachi - Salé



**د. ابتسام الحمداوي**  
أخصائية أمراض الرثية (الروماتيزم)

أمراض العظام والمفاصل  
الفحص بالصدى  
خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة سابقا بمستشفى العياشي بسلا

Témara le :

15/08/2020

Mousdaki Samira

Cervicalgires mécaniques + Lombo-  
sciatalgie Ddc mécanique.

Jeune SVP : 26 séances de rééducation  
fotelle.

- IR + massage antalgique  
et de contracture
- us
- électro stimulation
- renforcement des  
sphaux Cervicaux +  
et lombaires

Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie, Imme "A", Apt 5 Témara • Centre  
Tél.: 0537 747 184 • E-mail : hamd003@yahoo.fr • GSM Pour RDV : 0662 896 968

ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ... 15/08/20 ...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9383 e-mail : smouslak@royalairmaroc.ma Phones : 0661518554  
Nom et Prénom de l'adhérent : DOUSTAKIN SATIRA  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. B. EL-HAMDAOUTI 237 Kienm el boui  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. DOUSTAKIN Samira  
Nécessite Des services de rééducation globale.  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :  
vingt services de rééducation fonctionnelle.  
Une hospitalisation de (approximatif)  
A (préciser l'établissement hospitalier)

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Lombosciatalgie droite.  
Cervicalgie mécanique.

Cachet, date et signature du praticien

Dr. B. EL-HAMDAOUTI  
Rhumatologue  
Angle de Hasas II - Méd VI, Rés. Palmeraie  
Lum. A - Tél. 5 - Témara - Centre  
Tél: 05 37 74 71 65 - INPE: 101163269

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.