

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009281

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3422 Société : DPL 60038

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHFOUD RACHID

Date de naissance :

Adresse : Aene

Tél. : 06 61 12 54 61 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09281

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de
chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale
ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT SA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 863508

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MATIFOU RACHID
Matricule : 3422 Fonction : OPL Poste : DOA
Adresse : 25 LOT SALSABILA RT D'AZEMMOR
Tél : 00 61 42 54 41 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SOUKAKI Amine Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Tendinite de l'épaule
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 14/01/21 Signature et cachet du médecin [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

863508


Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :




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
14/11/21			250,00	DR. ABDELJALIL H. EL MECHIE Membre de la Commission Apt 3 Angle Roux, 1475 moul Bvd Sidi Abdou Salam, Casablanca Tel: 9522 89 38 85/95

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.11.2021	83,90
	14.11.2021	95,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/11/21	Ra Epurée	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

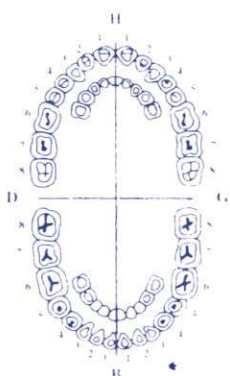
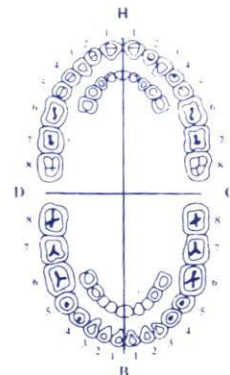
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></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																								
(Création, remont, adjonction)																									
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Tare Soukane Aouine

Casablanca le :

14/1/21



1 app - 2



Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca
Tel 05 22 89 38 88 / 95



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca



05 22 89 38 88 / 95



ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



ISOPHARM
Herbol Products Inc. 11
83.90 DH

User Information



INSTANT COOLING GEL

*Provides instant cooling, caring,
loosening up and soothing action*

What is newflex Instant Cooling Gel and how do you use the product?

newflex Instant Cooling Gel is intended for immediate and direct application, particularly before, during and after sports activity or physical exertion. It prevents muscle cramps, has a cooling action, and reduces the risk of injury. Contains no parabens. Dermatologically tested.

Relaxing, easing tensions, beneficial, cooling, caring and soothing.

What do you need to know about using newflex Instant Cooling Gel?

- It is important to observe the User Information.
- Massage the corresponding parts of the body before sports activity or rub the gel in several times a day.

When must newflex Instant Cooling Gel not be used?

No unwanted effects are known where newflex Instant Cooling Gel is used properly.

Do not use newflex Instant Cooling Gel:

- on open wounds
- together with compresses that make an airtight seal. Oil of lemons can irritate the skin.
- before sunbathing or using a sunbed.

When should you take special care when using newflex Instant Cooling Gel?

- No special precautions are necessary if used properly.
- Let medical staff know if you are suffering from any illnesses, have any allergies, or are taking other medicines. This includes medicines that you have bought yourself.

How do you apply newflex Instant Cooling Gel?

newflex Instant Cooling Gel has been developed for repeated application, for example before sports. If you have any doubts, ask a medical professional such as your doctor or pharmacist.

Instructions for use:

KÜHLENDES SOFORT-GEL

ISOPHARM

NEWFLEX
COOLING GEL
95.00 DH

new

Kühlt, pflegt, lockert, beruhigt sofort

Was ist newflex kühlendes Sofort-Gel und wann wird das Produkt angewendet?

newflex kühlendes Sofort-Gel ist für die sofortige und direkte Anwendung vor allem vor, während und nach sportlicher Aktivität oder körperlicher Arbeit. Es beugt dem Muskelkater vor, kühlt und vermindert das Verletzungsrisiko. Enthält keine Parabene und ist dermatologisch getestet.

Entspannend, entkrampfend, wohltuend, kühlend, pflegend und beruhigend.

Was sollte bei der Anwendung von newflex kühlendes Sofort-Gel beachtet werden?

- *Es ist wichtig, die Anwenderinformation zu befolgen!*
- *Massieren Sie die entsprechenden Körperteile vor sportlicher Aktivität oder reiben Sie mehrmals täglich die entsprechenden Körperteile ein.*

Wann darf newflex kühlendes Sofort-Gel nicht angewendet werden?

Bei newflex kühlendes Sofort-Gel sind bei bestimmungsgemäßer Anwendung keine unerwünschten Wirkungen bekannt.

Verwenden Sie newflex kühlendes Sofort-Gel nicht:

- *bei offenen Wunden*
- *in Verbindung mit luftdicht abschließenden Kompressen. Zitronenöl kann die Haut reizen.*
- *Vor Sonnenbädern oder Sonnenbankanwendungen.*

Wann ist bei der Anwendung von newflex kühlendes Sofort-Gel besondere Vorsicht geboten?

- *Bei bestimmungsgemäßer Anwendung sind keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.*
- *Informieren Sie eine Fachperson, wenn Sie an Krankheiten leiden, Allergien haben oder andere Medikamente einnehmen. Dies gilt auch für Medikamente, die Sie selbst*



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Mme Saebake Anes

Casablanca le :

14/1/21

83.90
4) Newflex gel fraies

1 app x 21

S.V ~ 15



Dr IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Imm. de la Commune, Apt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahmane, Casablanca
Tel: 0522 89 38 88 / 95

Casablanca le, 14/01/2021

FACTURE

NOM ET PRENOM : M^{me}, SOUKAKI Amina

EXAMEN FAIT : Rx de L'EPAULE DROITE DE FACE

MONTANT GLOBAL : 200,00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

« DEUX CENT DIRHAMS ».

Dr Houda IBNABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt N° 3-
3^{ème} Etage Casablanca
Bd Sidi Abderrahmane
Tél 0622 04 38 4095

Casablanca le, 14/01/2021

Patient : SOUKAKI Amina

Médecin traitant : IBNABDELJALIL Houda

Rx de L'EPAULE DROITE

DE FACE

- ❖ Ceintre omo-huméral conservé.
- ❖ Remaniement trochiter.

Confraternellement

Dr H. IBNABDELJALIL

IBNABDELJALIL H.
Rhumatologue
3^{ème} Etage
Boulevard Sidi Abderrahman Casablanca
Tél : 0522 89 38 08/95