

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

- 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



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

N° W21-771522

244224

M9
Facture
R
adhat
nsh

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3291 Société : _____

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : FADOUACH LATIFA

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : 066144661 Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. T. TOUMI BENTOUIN
RUMATOLOGUE
Angle Bd 2 Mars et rue Amal, Etage 2
App. 6 Casablanca Tél: 0522.83.30.30
Email: mtoumi@gmail.com

Date de consultation : 14 / 11 / 22

Nom et prénom du malade : FADOUACH LATIFA Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pied d'éléphant

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 : CASABLANCA Le : 14/11/22

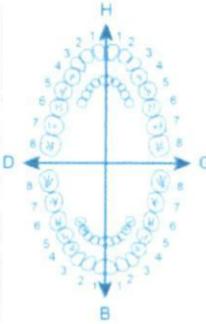
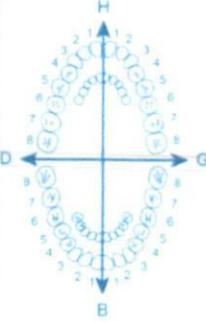
Signature de l'adhérent(e) : _____

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 14.11.22 | c> | | 300 12 | INP : 091166108 Dr. MARIAM TOUMI BENTJELLOUN RHUMATOLOGUE Avenue 88, 2 ^e étages et rue Amsterdam Etg. Sousse Tunisia Tél: 0522-33-30-31 Email.com |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|----------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  PHARMACIE AZEMMEL 101, rue de la République 30000 Nîmes | 14/11/22 | 188,20 116,00 <hr/> 304,20 |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  <p>M. TOUMI BENTELLOUN RADIUMATOLOGUE Bp. 2 Miers et rue Amalhem Ety 2 8 Casablanca Tel: 0522.83.30.30 E-mail: miorimv@gmail.com</p> | 16/11/22 | Rx 5m Ra DO EL SO - ben bano | 400 DH |

[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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F. | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : | | |
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 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

**Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie

**الدكتورة مريم تويمي
بنجلون**

أخصائية في أمراض المفاصل والعظام و الروماتيزم

- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض منشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

14.11.2022

Mme FADOUACH Latifa

1 DIPROSTENE susp inj en seringue préremplie : 1Ser préremplie

1 inj unique en im

2 DUOXOL 500

2 - 0 - 2 pendant 7 J

3 RELAXIUM B6 375

1 au coucher, pendant 1 mois.

4 VITANEVRIL FORT

2 le matin et le soir, pendant 1 mois.

5 SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

3 le matin, après le repas, pendant 6 jours.

6 AULCER 20

1 le matin, avant le

| PPV | LOT | PER | قیت | بنفوتيا | 30 حبة | عن طريق الفم |
|-----|-----|-----|-------|---------|--------|--------------|
| | | | 28,80 | 28,80 | | |

Angle Boulevard 2 Mars et Rue Amsterdam, Zemo Glog

زاوية زنقة أمستردام و شارع 2 مارس، الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E.mail : mtouimy@gmail.com

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >


Ne pas
sauf en l
thérapeuti

DUOXOL
Boîte de 20 comprimés

500mg/2mg

ديوكسول

500mg/2mg

ديوكسول
علبة من 20 قرصا

37,00

37,00

Diprostène®
suspension injectable en seringue pré-remplie

**1 seringue
pré-remplie de 1 ml**

**Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie

**الدكتورة مريم تويمي
بنجلون**

أخصائية في أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم

- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

Casablanca, le 14 Novembre 2022

Mme FADOUACH Latifa

RX DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE

**SCOILIOSE LOMBAIRE A CONVEXITE DROITE
ARTHROSE LOMBAIRE MINIME
PAS DE DISCOPATHIES
PAS D ANMALIES OSSEUSES**

Dr. Meriem TOUIMI BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
8, Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca
Tél: 0522 83 30 30 - GSM: 07 77 51 69 00
E-mail: mtouimy@gmail.com

Angle Boulevard 2 Mars et Rue Amsterdam, 2ème étage - Appt N° 8 Au dessus de Mcdonald's 2 Mars - Casablanca

زاوية زنقة أمستردام و شارع 2 مارس، الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E.mail : mtouimy@gmail.com