

## 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

- 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

M22- 0012740

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL SAFI Touia  
 Date de naissance : 10-12-55  
 Adresse : Idem  
 Tél. : 0661321732 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISSOUNI Nouha  
Rhumatologue  
32, Bd. Yacoub El Mansour, 1er Etage N°...  
Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84  
INPE: 091091314

Date de consultation : 14/12/2019  
 Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> EL SAFI Touia Age: 67  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Névralgies cervicobrachiales droites  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  092003458 PHARMACIE AL AMANA Mme. Mari Samira Docteur en Pharmacie Beausejour Tél : 05 22 30 09 79	Date 12/12/2022	*Montant de la Facture 94,00

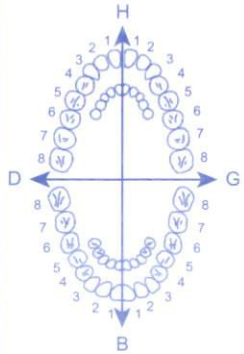
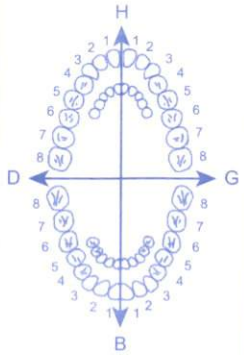
[illegible][illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> </div> </div> <b>B</b>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez 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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession




DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rhumatologue - Rhumatologie interventionnelle  
Maladies de Systèmes  
Echographie ostéoarticulaire  
Podologie  
Médecine du Sport  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin  
Ancienne Chef de Département de Médecine de  
l'Hôpital Mohammed Sekkat Casablanca

أخصائية العظام و المفاصل و الغضروف و الروماتزم  
أمراض الالتهابات الباطنية  
فحص العظام و المفاصل و الأوتار بالصدى  
علاج الأرجل  
الطب الرياضي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان  
رئيسة سابقة لمصلحة الطب بمستشفى  
محمد السقاط بالدار البيضاء

14 décembre 2022

Mme EL SAFI Touria

94,50  
**MYDOFLEX**

1 cp 2/jour pendant 5 jour, puis 1 par jour pendant 5 jous

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soumri Samira  
Docteur en Pharmacie  
18, Rue Annarjis Beausejou  
Casablanca Tél : 05 22 39 09 70

Dr. RAISSOUNI Nouha  
Rhumatologue  
262, Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> étage N° 10  
Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84  
INPE: 091091314

INPE : 091091314

☎ 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

📍 262 Bd Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> étage N° 10 ( en face arrêt  
station bus way Yacoub El Mansour )

☎ الهاتف 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

📍 شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10  
( أمام محطة الحافلة bus way يعقوب المنصور )



6 118001 260850



MYDOFLEX® 150 mg  
Tolpérisone HCl  
30 Comprimés pelliculés



**MYDOFLEX®**  
Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

26/9

Voie orale



LABATEC



GTIN: 06118001260850

LOT: 3972

MFG: 03 2022

EXP.: 03 2025

PPV: 940hs00

