

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0051799

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6882 Société : 14 1897

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAH EL HASSINE

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 : HOUKAMI Bouda Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0051799

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 :

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

- 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

N° W21-764033 / C882

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6882 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABDELLAOUI LHOSSINE
Date de naissance : 28/09/1956
Adresse : 76, Lot Haj Fakh I, CASA
Tél. : 06 84 73 08 97 Total des frais engagés : 2250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/10/2022
Nom et prénom du malade : HOUKAYNE BOUCHRA Age : 31-05-1996
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MALADIE RHUMATOLOGIQUE
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 : 28/11/2022
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-764033

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 : C882
Nom de l'adhérent(e) : ABDELLAOUI
Total des frais engagés : 2250,00
Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
M. 10/10/22	Contrôle	C5		Dr. JAWHARILAHIAE Rhumatologue 348, Lot Maj Fatah, Bd Oued Oroufa, Appt 09 Oulfa - May Hassani - Casablanca INPE: 091248264 - Tél: 06 48 64 03 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
----------------------------------	------	--------	---------------------------------

SALMA CHAAB
Kinésithérapeute et Physiothérapeute
LOT FATAH IMM 548 APPT N° 14 ET 13
HAJ FATEH LISSASFA CASABLANCA
Tél: 0522 65 26 80 GSM: 0680 05 88 94
Reéducation
Du 24/10/22 au 27/11/22

VOLET ADHERENT

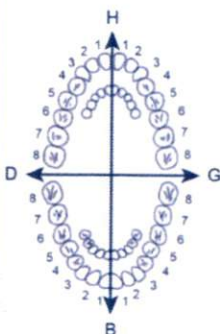
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

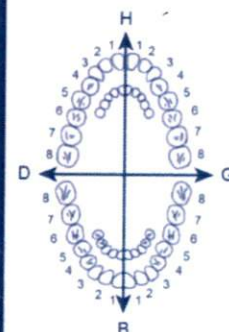
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>										
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>										
				DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>										
				FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>										

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX
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



Casablanca le : 20/10/22 الدر البيضاء في :

DEVIS

Nom et Prénom : M^{me} Houka Mi BOUCHRA

La somme de : 2250 DH (soit 150 DH / séance)

Pour : 15 Séances de : Rééducation

du Rachis lombaire

Signature :
SALMA CHAAB
Kinésithérapeute et Physiothérapeute
LOT FATAH IMM 548 APPT N° 14 ETG 3
HAJ FATEH LISSASFA CASABLANCA
Tél: 0522 65 26 80 GSM: 0680 05 88 94

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vértébrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



عيادة أمراض العظام
والمفاصل والروماتيزم
د. الجوهري لمياء

- أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري
- أمراض الروماتيزم (باريس)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بمصلحة أمراض العظام والمفاصل بمستشفى ابن رشد

Ordonnance

Le :11...10...2022

Mme Houkemi Bouche

Rééducation de rachis
lombaire

(hernie discale L₄-L₅ et L₅-S₁)

- Physiothérapie antalgique
- Massage décontractant de
muscles paravertébraux et de

(Puseb Aladonia)

- Re. Forcent Puseb

3a/20

1/10/20

Dr JAWHARI Lamiae
Rhumatologue

543, Lot Haj Fatah, Bd Oued Daouia, Apt 09
Oulfa - Hay Hassan - Casablanca
INPE 091246264 - Tél 06 46 64 03 83



Casablanca le : 25/11/22 : الدار البيضاء في :

FACTURE

Nom et Prénom : M. HAKIM BOUCHRA

La somme de : 2250 DH (soit 1500 DH séance)

Pour : 15 Séances de : Rééducation

du Rachis Lombaire

Signature :

SALMA CHAAB
Kinésithérapeute et Physiothérapeute
LOT FATAH IMM 548 APPT N°14 ETG 3
HAJ FATEH LISSAFA CASABLANCA
Tél: 0522 65 26 80 GSM: 0680 05 88 94

Votre Prochain rendez-vous



Centre Kinéfit

Kinésithérapie et Amincissement

الترويض الطبي و تخسيس الوزن

Salma CHAAB

سلمى الشعب

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

أخصائية في الترويض الطبي و العلاج الفيزيائي

Fiche de rendez-vous

De Mr./Mme : Bouch R A

Date	Heure
13 - Mercredi 23/11/2016	15h30
14 - Vendredi 25/11/2016	15h30
15 - Samedi 28/11/2016	15h30

SALMA CHAAB
Kinésithérapeute et Physiothérapeute
LOT FATAH IMM 548 APPT N°14 ETG 3
HAJ FATEH LISSAFA - CASABLANCA
Tél: 0522 65 26 80 / 06 80 05 88 94

☎ 05 22 65 26 80

☎ 06 80 05 88 94

✉ centrekinéfit14@gmail.com

📍 Imm 548, Appt N°14, 3^{ème} étage
Haj Fateh - Casablanca
(avec ascenseur)

Votre Prochain rendez-vous

Date	Heure
1. Lundi 24/10 à 15h00	
2. Mercredi 26/10 à 15h30	
3. Vendredi 28/10 à 15h30	
4. Lundi 31/10 à 15h30	
5. Mercredi 2/11 à 15h30	
6. Vendredi 4/11 à 15h30	

Votre Prochain rendez-vous

Date	Heure
7. Lundi 7/11 à 15h00	
8. Mercredi 9/11 à 15h30	
9. Vendredi 11/11 à 15h30	
10. Mercredi 16/11 à 15h30	
11. Jeudi 18/11 à 15h30	
12. Lundi 21/11 à 15h00	