

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

W21-835039

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

### 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 séance.
- 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 canalaire, 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 canalaire.
- **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

  - La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

### 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 - Saine 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

<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres	Cadre réservé à l'adhérent (e)      Cadre réservé à l'adhérent (e)      Société : <b>190029</b>
Matricule : .....      Actif : <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : .....	Nom & Prénom : <b>ESSAÏD JAMIL</b> Date de naissance : <b>27/02/1963</b>
Adresse : <b>AL MOCADIMA</b>	
Tel. : <b>05 22 20 45 45</b> Total des frais engagés : .....      DHS : .....	
Cadre réservé au Médecin : <b>DR RIFIFI ORTHOPÉDIQUE IK MATOLY</b> Cachet du médecin : <b>DR RIFIFI ORTHOPÉDIQUE IK MATOLY</b> Membre de la Société Française et Internationale d'Orthopédie et Traumatologie DR RIFIFI Les Eaux Chaudes	
Date de consultation : <b>22.14.43 / 22.11.60</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Dr. RIFIFI IK MATOLY</b> Age : <b>60</b>	
Lien de parenté : <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Dr. RIFIFI IK MATOLY</b>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC      Pathologie : <b>Dr. RIFIFI IK MATOLY</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Dr. RIFIFI IK MATOLY</b>	
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 ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

**W21-835039**

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 : .....

BELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Cachet et signature du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	

ANNUAL REPORTS

ALLIANCE MEDICAL IX

AUXILIAIRES MEDICAUX							Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre	A M	P C	I M	I V	
<u>Dr. Praticien HINE</u> Kinésithérapeute Gérante centre de kiné dar bouazza 28 Littoral II Agdal Dar Bouazza, Casablanca	08/04/2014	19 x 900			=	24000 Dhs	

**VOLET ADHERENT**

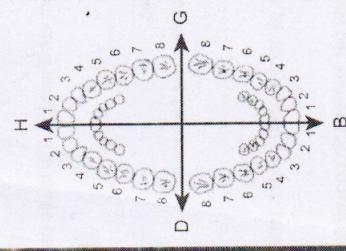
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

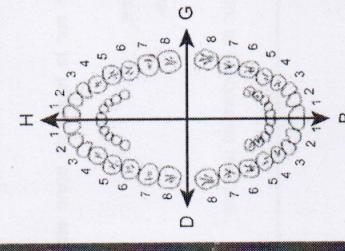
### Important:

Veuillez noter que les radiographies en cas de nrotées ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# Docteur Ali EL KOHEN

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille

Chirurgie De La Hanche, du Genou,  
de la Main et du Pied  
Traumatologie du Sport, Arthroscopie

Mésothérapie

Membre Du Collège de la Main de Boston (U.S.A)  
Membre de la Société Française Et Internationale  
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Expert Assermenté près les Tribunaux

Tél.: 05 22 22 11 64 - 05 22 22 14 43

Urgence : 06 61 17 20 93

E-mail : Aelkohen@menara.ma



# الدكتور علي الكohen

خريج كلية الطب بمرسيليا (فرنسا)

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

جراحة الورك والركبة اليد والرجل

علاج الجروح الرياضية التنظير الباطني للمفاصل

عضو مثبت بالجمعية الفرنسية والعالمية

لجراحة العظام والمفاصل

خبير مخلف لدى المحاكم

الهاتف : 05 22 22 14 43 / 05 22 22 11 64

المستعجلات : 06 61 17 20 93

Casablanca, le : .....

09 JAN 2024

D' Jan El SAFFI

En pâtit pr u kulturt.

12 sems de aetate de la Roche

Joe :  
robilité to the moment  
prollyé

DOCTEUR ALI KOHEN  
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGISTE  
N. CASA

شارع الزرقطوني - الطابق الأول - <sup>3A</sup> الدار البيضاء - فوق المطعم الصيني - عش السنونو  
378, Bd. Zerkouni - 1<sup>er</sup> Etage Casablanca - au dessus du Restaurant Chinois - Nid D'Hirondelle



# مركز الترويض الطبي

---

## Centre de Kiné Dar Bouazza

Casablanca, le 08/01/2024

Devis pour MR ESSAFHI JAMAL

12 séances de rééducation

Prix unitaire : 200dhs

Prix total : 2400dhs

Signature et cachet :

*Sara EC CHINE*  
Kinésithérapeute  
Gérante centre de kiné dar bouazza  
28 Littoral II Appt N 1 Dar Bouazza, Casablanca