

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

### ditions 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.

### diologie 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 046844

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 24731

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : retraité

Nom & Prénom : Achour FARID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.41.17.25 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) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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												
				<b>Coefficient des travaux</b>											
				<b>Montant des soins</b>											
				<b>Début d'exécution</b>											
				<b>Fin d'exécution</b>											
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Montant des soins</b>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>												
			<b>Fin d'exécution</b>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle 03265
<b>DECLARATION N°</b>	<b>P 14 / 0054625</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
10-10-2020	1500,00	4
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 14 / 0054625

DATE DE DEPOT  
/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 03265	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom		Adhère Faid	
Fonction	Représentant	Phones 0661611775	
Mail		achdoha@hotmail.com	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		Noufissa
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 18
Nature de la maladie		Date 10/10/2020	
Lombalgie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Cs		gratuit	
<b>PHARMACIE</b>	Date		Signature et cachet du Pharmacien 
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
		Ghizlane BOUHAKKOU	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	03/02/2020
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
AM 30			
		1500 DHS x 10 = 15000 DHS	



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ...../...../20....

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 03265 e-mail : achdoha@hotmail.com Phones : 066 141 1775  
Nom et Prénom de l'adhérent : ACHOUER Farid  
Nom et Prénom du bénéficiaire : ACHOUER Noufissa

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Spinedi Nefzi  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Achou Noufissa  
Nécessite 10 séances de kinésithérapie  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Kinésithérapie  
Rhumatisme  
Une hospitalisation de (approximatif) .....  
A (préciser l'établissement hospitalier) .....

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

**Dr. Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale  
et Rhumatismes Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ostéopathie

Echographie Musculo Squelettique



**الدكتور المكي سكيرج**

إختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بمونبولي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le .....

**Prescription de kinésithérapie**

Casablanca le : 10/01/2020  
Mme ACHOUR NOUFISSA

10 séances de Kinésithérapie pour une lombarthrose :

- Renforcement des muscles abdominaux et spinaux
- Apprentissage du verrouillage lombaire
- Assouplissement lombaire par des mouvements de bascule du bassin
- Etirements des muscles ilio psoas, fessiers, quadriceps et ischio jambiers
- Apprentissage d'exercices d'auto rééducation (à faire quotidiennement à domicile)
- Proprioception

Fréquence = 3 X /Sem

**Dr. Mekki SKIREDJ**  
**RHUMATOLOGUE**  
Résidence Ben Omar - Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss - Maârif  
Tél. 022.99.34 14 / 15 Casa

Casablanca, le 03/09/2020

**FACTURE N° 006/20**

**Nom & Prénom :** M<sup>me</sup> ACHOUR MEKOUAR NOUFISSA

**Dr. :** MEKKI SKIREDJ

**Rééducation :** du Rachis lombaire

**Cotation :** AMM<sub>10</sub>

**Nombre de séances :** 10

**Prix Unitaire :** 150 DHS

**Montant Total :** 1500 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de :** mille cinq cent dirhams

**Réglée :** par chèque

Ghizlane BOUHAKKOU  
Kinésithérapeute-Physiothérapeute  
Diplômée d'Etat  
65, Angle Bd. El Hank et Bd. Zerktouni  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 26 06 91

Patente n° : 35405904  
I.C.E : 002056906000015



**Ghizlane BOUHAKKOU**  
**Kinésitarapeute-Physiothérapeute**

Nom du Patient : Mme MEKOUAR ACHOUR NOUFISSA

[illegible]

**Ghizlane BOUHAKKOU**  
Kinésithérapeute, Physiothérapeute  
~~Généraliste~~  
65, Angla Ed. El Hank et 21, Zerkouni  
Bourgogone - Casablanca  
Tél: 05.22.26.06.91

Patente n°: 35405904  
I.C.E.: 002056906000015