

## 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

N° W19-421103

37501

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2459 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Med -

Nom & Prénom : ELLOUJANI Med -

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 0036 2487 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / 04 OCT. 2020

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) : .....



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
				INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

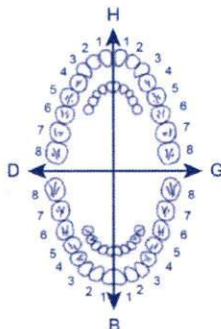
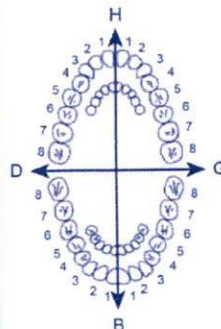
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p><b>Cliné-Santé</b>  <b>Centre de Kinésithérapie</b>  <b>Hamza 2 Rue 72 N° 34</b>  <b>Maârouf Casablanca</b>  <b>05 22 78 07 25</b></p>	15/10/2022	1	1			P.H. 1500dh
	16/10/2022	1	1			P.H. 1500dh
	17/10/2022	1	1			P.H. 1500dh
	18/10/2022	1	1			P.H. 1500dh
	19/10/2022	1	1			P.H. 1500dh

# 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 : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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



معيّة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOCK

MUE 2459

ACCORD KINÉ

ORDONNANCE

Casablanca, le 24/08/2020

• lettre recommandée  
N° 01 sous N° 1

• Prise de féric 15 sec  
indication epule dite  
sur par suspicion de  
cardiopathie aorte (basse)  
inspiration)

• 324 sec = Angélien  
article, zifed docteur



- épaissir epul =
- grand pectol  
" dorsal  
" rond.
  - mobiliser scapulaire
  - ATP de son scapulaire

+ exercices  
2 doigts

**Dr. Karim AHED**  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie - Arthroscopie  
Tél: 06 81 144 887

**Kiné-Svelte**  
Centre de Kinésithérapie  
Lot. Hamza 2 Rue 72 N° 34  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél. 05 22 78 07 25



## Centre de kinésithérapie kiné-svelte

Casablanca le 22/10/2020

**Facture : 02/10/20**

**Nom et prénom du malade :** Mer EL OUJANI Med

**Nature de la maladie :** Rééducation épaule droite

**Médecin prescripteur :** Dr. KARIM AHED

**Date de débute des séances :** 15/09/2020

**Date de la fin des séances :** 19/10/2020

Séances	Dates	Séances	Dates
1 <sup>er</sup> séance	15/09/2020	6 séances	07/10/2020
2 séances	17/09/2020	7 séances	09/10/2020
3 séances	21/09/2020	8 séances	13/10/2020
4 séances	24/09/2020	9 séances	16/10/2020
5 séances	28/09/2020	10 séances	19/10/2020

**Nombre de séances :** 10 séances

**Coût de la séance :** 150dh

**Total :** 1500 dh

**Arrêté le présent devis à la somme de :** Mille cinq cent dirhams

---

**Lot hamza 2 Rue 72 N°34 RDC, sidi maarouf –Casablanca.**

**Tél: 05 22 780 725**

**-RC: 430708**

**-TP: 36100354**

**-IF: 25008280**

**ICE: 002031148000088**