

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



Déclaration de Maladie

M22- 0058379

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6985 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HILKHA BOUCHAIB
Date de naissance : 14/02/23
Adresse :
Tél. : 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 :
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0058379

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

- Reclamation : 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) :

Matricule : **HIRCHI** Société : **BOUCHAB**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **HIRCHI Bouchab**
 Date de naissance :
 Adresse : **116, AV Moulay Abdellaziz Apt 14 Kenitra**
 Tél. **0602 1113 22** Total des frais engagés : **24** Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **Cabinet de Rhumatologie Docteur Nadj BENSABOU**
 Date de consultation : **08/12/2022**
 Nom et prénom du malade : **Hirchi Bouchab** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **goutte gauche**
 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) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° **W21-774351**


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).



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
08/12/2022	C	1	300.00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

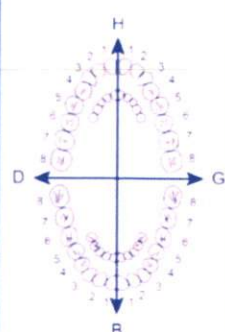
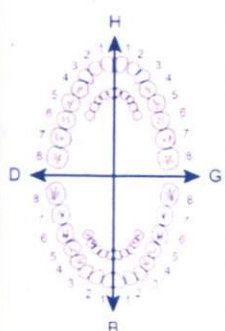
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 Pharmacie El Mousas	8/12/22	485.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire de Radiologie	8/12/22	ECH	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Youssef LACHMAR	09 JAN 2023	12				960.00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []						
				MONTANTS DES SOINS []						
				DEBUT D'EXECUTION []						
				FIN D'EXECUTION []						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []						
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		D	G	B	
	H									
	D	G								
	B									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []						
				DATE DE L'EXECUTION []						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Rhumatologie عيادة أمراض العظام و المفاصل

Docteur Nada BENSOUOD

Diplômée de la faculté de
Médecine de Rabat

Spécialiste des Maladies
des Os et Articulations

الدكتورة ندى بنسعود
خريجة كلية الطب
بالرباط
اختصاصية في أمراض
العظام و المفاصل



Kénitra, le

القنيطرة في

1) Imocinental
1981,00 149,00

2) Fleximar
149,00 51,00

3) Capla
Tél: 05 37 37 45 23
KENITRA

4) nepam
37,00

صيدانية ميمونا
05 37 37 45 23
KENITRA



019622
UT AV 06 2025
51.00 DH
PPV

MOON
Pha nadi Pocapha
460, Bd
Tél: 05 37 45 23
I.N.F. n°: 05204736

LOT
FNC: 198.000DH
C162
2024-08

REV. 2021/01/C

LOT: 220596
DLUO: 07/2025
87,00DH
Deva Pharmaceutique

15 شارع الحسن الثاني، عمارة الحسن الثاني الطابق 2 - مكتب رقم 1. القنيطرة

15 Avenue Hassan II, Imm. Centre D affaire Hassan II, 2 ème étage - Bureau n° 1 Kénitra.

Email: nadabensauoud@yahoo.fr - Tél / Fax : 05 37 37 77 27

Cabinet de Rhumatologie
عيادة أمراض العظام و المفاصل 6985

Docteur Nada BENSAOUD
Diplômée de la faculté de
Médecine de Rabat
Spécialiste des Maladies
des Os et Articulations



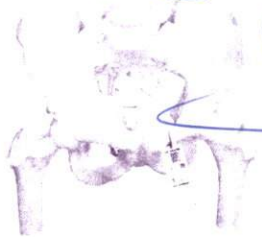
الدكتورة ندى بنسعود
خريجة كلية الطب
بالرباط
اختصاصية في أمراض
العظام و المفاصل

Kénitra, le 08/10/2022 القنيطرة في

Hinc Hi - Boucharb

- D'Honneur payé pour
Echographie de la
Cervelle +

Seu seu



Cabinet de Rhumatologie
Nada BENSAOUD
15 Avenue Hassan II, Imm. Centre D affaire Hassan II, 2 éme étage - Bureau n° 1
Kénitra
Tél : 05 37 37 77 27
Fax : 05 37 37 77 27

Cabinet de Rhumatologie

عيادة أمراض العظام و المفاصل ٢٥ 6985

Docteur Nada Bensaoud

Diplômée de la faculté de

Médecine de Rabat ٢٥ 6985

Spécialiste des Maladies
des Os et Articulations



الدكتورة ندى بنسعود

خريجة كلية الطب

بالرباط

اختصاصية في أمراض
العظام و المفاصل

Kénitra, le

08/12/2021

القنيطرة في

Hicthi Benchaib

- Ecchographie de
la Cheville + gen

gen



15 شارع الحسن الثاني، عمارة الحسن الثاني الطابق 2 - مكتب رقم 1 - القنيطرة

15 Avenue Hassan II, Imm. Centre D affaire Hassan II, 2 ème étage - Bureau n° 1 Kénitra.

Email : nadabensauoud@yahoo.fr - Tél / Fax : 05 37 37 77 27

Cabinet de Rhumatologie عيادة أمراض العظام و المفاصل

Docteur Nada BENSOUOD

Diplômée de la faculté de
Médecine de Rabat
Spécialiste des Maladies
des Os et Articulations



الدكتورة ندى بنسعود
خريجة كلية الطب
بالرباط
اختصاصية في أمراض
العظام و المفاصل

Kénitra, le

21/12/2022

القنيطرة في

M. Boucraïb Harchi

Prière de

12 séances de

rééducation

pour la progression

*pour fracture fémur
droite gauche*

Youssef LACHHAB
Kiné-physiothérapeute
Bloc B N° 197 - Ouled Oujih - Kénitra
Tél. 05 34 82 71 17 - G.S.M. 06 73 73 74 78

15 شارع الحسن الثاني، عمارة الحسن الثاني الطابق 2 - مكتب رقم 1 - القنيطرة

15 Avenue Hassan II, Imm. Centre D affaire Hassan II, 2 ème étage - Bureau n° 1 Kénitra.

Email : nadabensauoud@yahoo.fr - Tél / Fax : 05 37 37 77 27

N° 6985

YOUSSEF LACHHAB
KINE-PHYSIOTHERAPEUTE
Adresse : Ouled oujih bloc B N°197 –Kenitra-
Tel : fixe : 05 34 82 71 17/ GSM : 06 73 73 74 78

CALENDRIER INDIVIDUEL DES SEANCES DE
REEDUCATION

Nom & Prénom : **HIRCHI BOUCHAIB**

N°	Date de la séance
1	12/12/2022
2	14/12/2022
3	16/12/2022
4	19/12/2022
5	23/12/2022
6	26/12/2022
7	28/12/2022
8	30/12/2022
9	02/01/2023
10	04/01/2023
11	06/01/2023
12	09/01/2023

Signature :


Youssef LACHHAB
Kiné-physiothérapeute
Bloc B N° 197 - Ouled Oujih - Kénitra
Tél. 05 34 82 71 17 - G.S.M. 06 73 73 74 78

N°6985

YOUSSEF LACHHAB
KINE-PHYSIOTHERAPEUTE
Adresse : Ouled oujih bloc B N°197 –Kenitra-
Tel : fixe : 05 34 82 71 17/ GSM : 06 73 73 74 78
ICE N° 000115765000073
Patente N° 20703750
Identifiant fiscal N° 15247807 **INPE :045035367**

Facture N° : 2/2023

Kenitra : le 09/01/2023

Nom & Prénom : HIRCHI BOUCHAIB

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total	Mode de paiement
Rééducation de la cheville et du genou	12 séances	80.00	960.00	Espèce
Total Général T.T.C : la présente facture est arrêtée à la somme de neuf cent soixante dirhams. 960.00 Dhs				

Signature :

Youssef LACHHAB
Kiné-physiothérapeute
Bloc B N° 197 - Ouled Oujih - Kénitra
Tél/ 05 34 82 71 17 - G.S.M. 06 73 73 74 78