

## 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 du 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pcr@mupras.com](mailto:pcr@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-778947

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12730 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SOUFIANE HANANE  
 Date de naissance : 18/06/1987  
 Adresse : KIP 88 Bat Snpam I, EP galim  
 Tél. : 06-61-42-13-50 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 12/01/2023  
 Nom et prénom du malade : SOUFIANE Hanane Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Ep Gyneco  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



# 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
12/01/23	CS		300Dr	INP : 69170713

# 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
	12/01/23	CS	400Dr

# AUXILIAIRES MEDICAUX

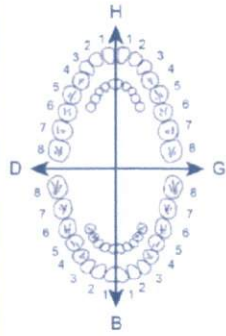
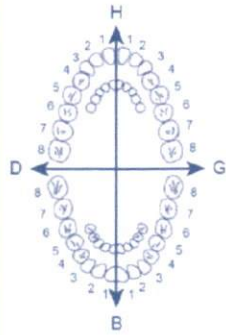
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
SARA KAMIDI Kinésithérapeute - Physiothérapeute N°1. RDC. Imm. D2 N°101 Tel: 05 23 375 744 - El Jadida	11/03/2023		10 séances			1.200,00Dr

# 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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Kamidi de Kinésithérapie  
مركز كميدي للترويض الطبي

FACTURE N° : 015/2023

El Jadida le 01 / 03 / 2023

Nom et Prénom du patient (e) :

SOUFIANE  
HANANE

Désignation	Nombre de séances	Prix unitaire	Montant total
Séances de rééducation Périnée et abdominale	10 séances	120,000	1200,000

Arrêtée la présente facture à la somme de Mille deux cent cinquante

Cachet et signature

SARA KAMIDI  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
N°1, RDC, Imm. D2, Najmat Al Janoub 3  
Tél: 05 23 375 744 - El Jadida

## Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris  
Hôpital COCHIN - Port Royal  
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



**Cabinet Médical santéfam**  
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca  
Fixe : + 212 522 36 03 03  
Portable : + 212 661 79 18 39  
aminebititi@gmail.com

CASABIANCA, le 12/01/2023

N° CPAM :  
N° RPPS :  
Email :

### ORDONNANCE

HANANE SOUFIANE né(e) le 18.06.1987

- 1) 10 séances de rééducation périnéale avec electro-stimulation et bio-feed back, associé à des séances de rééducation abdominale.

Docteur Amine BITITI



DOCTEUR AMINE BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de Médecine de Paris  
Hôpital Cochin, Port - Royal  
Praticien attaché à l'Hôpital International Cheikh Khalifa  
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
SPÉCIALISTE EN MÉDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical Santéfam  
100, Boulevard Ibn Sina Casablanca  
Fixe : + 212 522 36 03 03  
Portable : + 212 661 79 18 39  
aminebititi@gmail.com

Casablanca, le 12/01/2023

Madame SOUFIANE HANANE

### Note d'honoraires

Consultation : .....	300 Dh
Echographie pelvienne : .....	400 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... 700 Dh  
**Sept cent dirhams**

---

Le Docteur BITITI Amine est inscrit au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du  
Grand Casablanca sous le numéro : 10 751. ICE : 002155120000023, IF : 15225929  
Païement par chèque accepté.

*(Faint blue stamp and signature)*  
D. Amine Bititi  
Cabinet Médical Santéfam  
Gynécologie - Médecine de la Fertilité  
100, Bd Ibn Sina, Casablanca  
Tél : +212 522 36 03 03  
Port : +212 661 79 18 39  
Email : aminebititi@gmail.com

# RENDEZ-VOUS

1 Le 02.02.2023

2 Le 04.02.2023

3 Le 07.02.2023

4 Le 09.02.2023

5 Le 14.02.2023

6 Le 16.02.2023

7

Le 21.02.2023

8

Le 23.02.2023

9

Le 28.02.2023

10

Le 01.03.2023

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

**SARA KAMIDI**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
N°1. RDC. Imm. D2. Najmat Al Janoub3  
Tél: 05 23 375 744 - El Jadida

**SARA KAMIDI**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
N°1. RDC. Imm. D2. Najmat Al Janoub3  
Tél: 05 23 375 744 - El Jadida

21 .....  
22 .....  
23 .....  
24 .....  
25 .....  
26 .....  
27 .....

28 .....  
29 .....  
30 .....  
31 .....  
32 .....  
33 .....  
34 .....



مركز كميدي للترويض الطبي  
Centre Kamidi de Kinésithérapie

SouFiane

HANANE

Sara KAMIDI

للنساء و الأطفال

📍 N°1, RDC, Imm. D2, Najmat Al Janoub 3  
24000 - El Jadida. Maroc  
📞 0 523 375 744 - 0 654 202 997  
✉ Sarakamidi9@gmail.com