

## 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

N° W21-765525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 044

Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HALMANY Abdelmajid

Date de naissance : 01/11/30

Adresse : Coop/ALICHRAF II n°21. Sidi Maarouf

Tél : 0698.33.54.57

Total des frais engagés : 1.600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : M. Halmany Abdelmajid

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémiophtalmie + Brucellose bactérienne

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

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

08 MAI 2023

ACCUSE

Autorisation CNDF N° A-A-215/2019



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
21/05/23				INP : 09101124

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AMINA QASSIMI KINÉSITHÉRAPEUTE PHYSIOTHÉRAPIE DU SPORT Tel : 05 24 20 06 93	07/05/23					

ICE=00887919000057 IF=50555202

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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]																
			DATE DU DEVIS [ ]																	
			DATE DE L'EXECUTION [ ]																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le : 07/04/2022

### Rapport des séances de rééducation

Nom et prénom : HALMONY abdelmajid

Indication médicale : bronchopneumopathie

#### BILAN D'EVOLUTION DU TRAITEMENT

	Bilan initiale	Bilan Final
Bilan de douleur	EVA : 8/10	EVA : 2/10
Bilan respiratoire	Gene respiratoire et une dyspnée	Reprise la respiration normale sans dyspnée
Bilan musculaire	Test de force musculaire : -une faiblesse et une fatigue musculaire des muscles respiratoires	Bonne extensibilité des muscles Test de force musculaire : -Bonne force musculaire des muscles respiratoires
Bilan psychologique	Bonne humeur	Bonne humeur

#### Objectifs :

- A court terme : Diminution des crachats

#### Protocole thérapeutique :

- Nombre de séance : 10 séances
- Rythme des séances : 3/semaine
- Date de la 1ère séance : 23/03/2023
- Techniques :
  - 1- Renforcement musculaire
  - 2- Ventilation
  - 3- L'accélération rapide du flux respiratoire
  - 4- Vibration manuelles
  - 5- La toux provoquée
  - 6- La toux passive

**Mouaad ANKILA**

**KINESITHERAPEUTE**

AMINA QASSIMI  
KINESITHERAPEUTE  
PHYSIOTHERAPIE DU SPORT  
Tel : 05 24 20 06 93

FARES MEDICAL CENTER  
LOT IZDIHAR OUASIS N°205  
Tel : 05 24 20 06 93  
06 89 58 38 29



# FARES MEDICAL CENTER

## مركز فارس الطبي

Le 05/05/2023

### Facture de kinésithérapie

**Nom :** Halmony abdelmajid

**Indication médicale :** bronchopneumopathie

**Nombre séance :** 2 Séances

**Prix de séance :** 200 dhs

**Montant total des séances :** 400dhs

Séances 1	02/05/2023
Séances 2	05/05/2023

AMINA QASSIMI  
KINÉSITHÉRAPEUTE  
PHYSIOTHÉRAPIE DU SPORT  
Tel : 05 24 20 06 93



Docteur Salma CHERQUI  
EL OUAZZANI

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du sang, des ganglions  
et de la rate, Chimiothérapie,  
Greffes de moelle osseuse

Sur Rendez-vous

الدكتورة سلمى الشرقي  
الوزاني

اختصاصية في أمراض الدم السريرية  
المعالجة الكيميائية  
زرع النخاع العظمي  
بالموعد

Casablanca Le : 22/03/23 : الدار البيضاء في

N<sup>r</sup>. Halmony Abdelmajid.

Bronchopneumopathie chronique  
+ râles acutés .

→ Kiné respiratoires .  
10 séances .

AMINA QASSIMI  
KINÉSITHÉRAPEUTE  
PHYSIO - THÉRAPIE DU SPORT  
17 4 20 93

Dr Salma CHERQUI  
Spécialiste des Maladies du Sang  
17, Rue Bachir Laalaj et Bd. Abdelmoumen  
Tél: 05 22 99 53 71

salma.cherqui@hotmail.fr

17, Rue Bachir Laalaj, Le Louvre Center, Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 18 - Casablanca - Tél. : 0522 99 53 71 - Urgences : 0665 13 68 28  
17. نقطة البشير لعلم، مركز اللوفر، شارع عبد المومن، الطابق الثالث رقم : 18 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 99 53 71 المستعجلات : 0665 13 68 28



# FARES MEDICAL CENTER

## مركز فارس الطبي

Le 07/04/2023

### Facture de kinésithérapie

Nom : Halmony abdelmajid

Indication médicale : bronchopneumopathie

Rythme de traitement : 3 séances/semaine

Nombre séance : 8 Séances

Prix de séance : 200 dhs

Montant total des séances : 1600dhs

Séances 1	23/03/2023
Séances 2	25/03/2023
Séances 3	27/03/2023
Séances 4	29/03/2023
Séances 5	31/03/2023
Séances 6	03/04/2023
Séances 7	05/04/2023
Séances 8	07/04/2023

FARES MEDICAL CENTER  
LOT IZDIHAR OUASIS N° 205  
Tel : 05 24 20 06 93  
06 89 58 38 29

AMINA QASSIMI  
KINÉSITHÉRAPEUTE  
PHYSIOTHÉRAPIE DU SPORT  
Tel : 05 24 20 06 93