

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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.



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

Déclaration de Maladie
M23-009365

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2070 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HESSANE Mohamed
Date de naissance : 15/7/85
Adresse : 1440 dk
Tél : 0637973953 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'H...
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Zakia HEBBAZI Kinésithérapeute d. Hassan II Rés. Yasmina N°16 OUZNIKA - Tél: 05.37.74.55.18	15 MAI 2023	Rééducation		12 séances		1140,00 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

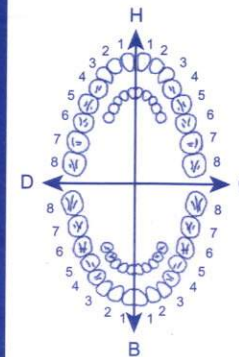
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

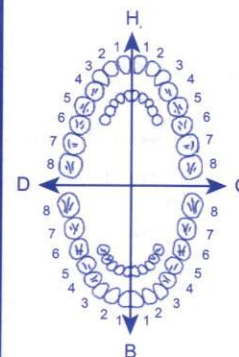
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique - Diplômé d'Arthroscopie
(Strasbourg)

الدكتور نبيل هطومة

إختصاصي في علاج و جراحة أمراض العظام و المفاصل
جراحة المفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

Casablanca le 12/04/2023

Mr HESSANE MOHAMMED

DIAGNOSTIC :

-FRACTURE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS DROIT

PRIERE DE FAIRE UNE REEDUCATION FONCTIONNELLE

- ANTALGIQUE : ELECTROTHERAPIE – ULTRASONS – CRYOTHERAPIE
- MASSAGE DECONTRACTURANT.
- MOBILISATION ARTICULAIRE ACTIVE ET PASSIVE

NOMBRE DE SEANCES : 12

FREQUENCE : 3 x / SEMAINE.

Zakia HEBBAZI
Kinésithérapeute
Bd Hassan II Rés. Yasmine N°16
BOUZNIK 4 - Tél 05 37 74 55 18

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
11 Bd Al Qods Ras Al Qods
California PC Act 1 Casablanca
Tél 0522 55 40 00 GSM 06 61 30 08 32
INPE 091037200

511, شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق السفلي، شقة 1 - الدار البيضاء
Tél. : 05 22 52 52 10 - 06 61 30 08 32 - E-mail : n.hattoma@gmail.com



ZAKIA HEBBAZI

Kinésithérapeute Physiothérapeute

Bouznika le, 15 MAI 2023

Facture N° : 20123

Nom complet : HESSANE MOHAMMED

Nombre de séances : 12 Séances

Diagnostic : FRACTURE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS
DROIT

Rubrique	Code	Prix Unitaire	Total
Séance Rééducation	AMM 6	120100 DHS	1440100 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille quatre cent quarante dinars

INPE 2065048910

Zakia HEBBAZI
Kinésithérapeute

Bd. Hassan II Rés. Yasmina N°16
BOUZNIKA - Tél: 05.37.74.55.18

Tél: 05.37.74.55.18

شارع الحسن 2، إقامة ياسمينية الطابق الأول رقم 16، بوزنيقة

Angle bd Hassan II, rue Aarab - Résidence Yasmina 1er étage N°16 - BOUZNIKA

Patente : 39801912 - IF : 54610417

- 19) :.....
20) :.....
21) :.....
22) :.....
23) :.....
24) :.....
25) :.....
26) :.....
27) :.....

عيادة الترويض الطبي
Cabinet de Kinésithérapie
زكية الهبازي ZAKIA HEBBAZI
Kinésithérapeute Physiothérapeute
أخصائية في الترويض الطبي والعلاج الفيزيائي والحجامة الطبية
Calendrier des Séances



Patient (e) : HESSANE MOHAMMED

Tél: 05.37.74.55.18

شارع الحسن الثاني، إقامة ياسمينة الطابق الأول رقم 16 - بوزنيقة
Angle bd Hassan II, rue Aarab - Rés Yasmina 1 étage N°16 - Bouznika

- 1) : Mercredi 19/04/2023 à 11h30
- 2) : Jeudi 20/04/2023 à 12h00
- 3) : MARDI 25/04/2023 à 11h30
- 4) : Jeudi 27/04/2023 à 12h00
- 5) : Samedi 29/04/2023 à 10h30
- 6) : lunch 01/05/2023 à 12h00
- 7) : Mercredi 03/05/2023 à 12h00
- 8) : Vendredi 05/05/2023 à 12h00
- 9) : lunch 08/05/2023 à 11h00

- 10) : Mercredi 10/05/2023 à 10h00
- 11) : Vendredi 12/05/2023 à 10h00
- 12) : lunch 15/05/2023 à 10h00
- 13) : Zakia HEBBAZ
Kinésithérapeute
- 14) : Bd. Hassan II Res. Yasmine N°16
- 15) : BOUZNIKA - Tél. 05.37.74.55.18
- 16) :
- 17) :
- 18) :