

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-767339

155987

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3395 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUAFI EL HASANE

Date de naissance : 09/07/61

Adresse : Lot Hino n°9 Cava

Tel : 06 61 15 02 70 Total des frais engagés : 1500 DH, Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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.

07 JUN 2023

ACCUEIL

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) :

### 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 (L.G.) - 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
				INP : <input type="text"/>

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31.6.23					1500.00 ML
						2116.00 ML
						cent
						duhar

COHERENT

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 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">G</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> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														



KINESITHERAPIE  
ELECTROTHERAPIE



GYMNASTIQUE MEDICALE  
MASSAGES MEDICAUX

**Mohamed SEDKANE**

Kinésithérapeute D.E.

175, Bd. d'Alsace - Tél.: 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38 - Casablanca

**CARTE DE SEANCES**

- Patient : BOUAFI EL HASSANE  
- A.T / A.S / Autres : .....  
- Assurances : ..... Police : .....  
- Nombre de Séances : 20 séances

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
25/4/23							
28/4/23							
2/5/23							
5/5/23							
8/5/23							
10/5/23							
16/5/23							
19/5/23							
23/5/23							
26/5/23							

En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance  
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs, Merci

**Mohamed SEDKANE**

Kinésithérapie - Physiothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massages Médicaux

175, Bd. d'Alase Casablanca  
Téléph : 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09



**محمد صدقان**

الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

175, شارع أنزاس الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09

Cpte. Bancaire N° 013780010810010130013448

BMCI Agence Rahal El Meskini Casa

Casablanca, le 05/06/2023 في الدار البيضاء.

**FACTURE N° 0006343**

Nom et-Prénom **BOUAFI EL HASSANE**

la Somme de **1500,00DH ( mille cinq cent Dirhams) 150DH x 10.-**

pour **10 (dix) Séances de Rééducation fonctionnelle & physiothérapie du membre inférieur**

Signature

**SEDKANE Mohamed**  
Massieur Kinésithérapeute  
Autokasse N° 1085 du 20.06.81  
175, Bd. d'Alase Casablanca  
Tél : 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38

08:53

4G 76%



demande accord  
rééducation



Boîte de réception



PRISE EN CHARGE 20 avr.  
à moi ▾



Bonjour ,nous vous informons que votre  
demande accord rééducation est '  
accordé pour 10 séance .

merci



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



ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification  
115500 13

**Service Prise en charge**

☎ Fixe : +212 522 204 545 LG

✉ pec@mupras.com

🌐 www.mupras.com

*MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger*

Siège Social : Centre d'affaire Aitah Ben Abdelilah, 48, Angle rue Aitah Ben Abdelilah et rue Mohammed  
Fahir 6ème étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 L.G - Fax : 05 22 22 78 16, contact@mupras.com.

   /MUPRASRAM

AFFICHER LE MESSAGE COMPLET

Merci.

Bien reçu.

Pour  
accord.

← Répondre

→ Transférer



# Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



## الدكتور عبد الرزاق المريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق و رئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك و الركبة

BOUAFI  
EC HASSANE  
19/01/2023.

Faire pratiquer par Masseur-Kinésithérapeute les actes suivants :

- rééducation du membre inférieur
- physiothérapie, cryothérapie
- renforcement du quadriceps vaste médial et ichio-jambiers
- recentrage de la rotule
- récupération des amplitudes articulaires
- lutte contre le fessum et la rétraction des chaines postérieures du genou
- étirement des chaines antérieures et postérieures du genou
- entretien musculaire

Nombre : 10 séances

**NATURE DE LA MALADIE : déchirure du droit antérieur du quadriceps**

Dr. Merini Abderrazak  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur)  
Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522.29.69.16 - INPE : 091188094

21, إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المومن - الدار البيضاء

21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

النقال : 0668.62.18.13 - GSM : 0522.29.69.16 - الفاكس : 0522.29.69.35 - الهاتف : 0522.29.69.16

ICE : 002007134000021 - IF : 24925140 - INPE : 091188094