

# 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0014942

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00120 Société : Ed Agent RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HADINE AHMED  
Date de naissance : 28.12.1950  
Adresse : MESSAGUER ALAERTHAN IMB  
Rue MAMOUN ME MAMOUN CASAB  
Tél. : 0667769262 Total des frais engagés : 7500,00 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 : CASAB

Le : 23/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible][illegible]

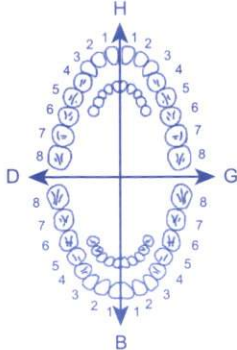
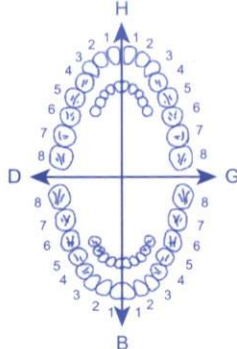
| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                      |  |                                 |
|---|----------------------|--|---------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien  | Date des Soins       | Nombre   | Montant détaillé des Honoraires |
| CENTRE LAGHZA<br>Kiné et Bien-Être<br>12, Place de la Division<br>Casablanca<br>Tel: 05 22 98 32 85 | du 24-25<br>au 25-23 | AM CENTRE LAGHZA<br>Kiné et Bien-Être<br>12, Place de la Division<br>Casablanca<br>Tel: 05 22 98 32 85 | 1500 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---|--|---------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|              |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b><br><br><table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |                     |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| H   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412  | 21433552   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D   | G  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411  | 11433553   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|            |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Houda **IBN ABDELJALIL**

Rhumatologue  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom : Houda ALLOUCI

Casablanca le : 27/3/23

~~Con~~ Contracture trapèze

⇒ Kinésithérapie dans

et à but analgésique (IR,

massage dans le contracture)

et renforcement des muscles

paracervicaux en kiné

Faire 2 séances / semaine

CENTRE D'ORTHOPÉDIE  
Kinésithérapie - Lire  
Sidi Abderrahmane Leclerc  
Casablanca  
05 22 89 38 88 / 95

Dr IBN ABDELJALIL  
Rhumatologue  
Immeuble de la Commune Apt 3  
Angle Route d'Azemmour  
Sidi Abderrahmane Casablanca  
05 22 89 38 88 / 95

Casablanca, le 29-3-23

## DEVIS

Concernant : M. Hadine Ahmed

Melle AMINA LAGHZAOUI vous présente ses compliments et vous prie de

Trouver ci-dessous son devis pour le traitement de rééducation qui vous a

Eté prescrit :

10... séances de rééducation :

| Rubrique           | code      | Nbr U.    | P.U          | Total            |
|--------------------|-----------|-----------|--------------|------------------|
| Séance rééducation | AMM 9+5/2 | <u>10</u> | x <u>150</u> | = <u>1500</u> DH |

TOTAL DEVIS : = 1500 DH

Arrêté le présent devis à la somme de :

mille cinq cent cinquante

CENTRE LAGHZAOUI  
Kiné et Bien-Etre  
72, Place de la Division Leclerc  
Eto. : JC - Casablanca  
Tél : 05 22 68 32 85



# Centre LAGHZAOU

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT RELAXATION

Casablanca, le 20-5-23

## FACTURE

Concernant : M *Hadoune Ahmed*

Mme AMINA LAGHZAOU vous présente ses compliments et vous prie de

Trouver ci-dessous sa facture pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

| Rubrique           | code      | Nbr U. | P.U   | Total     |
|--------------------|-----------|--------|-------|-----------|
| Séance rééducation | AMM 9+5/2 | 10     | x 150 | = 1500 DH |

TOTAL DEVIS : = 1500 DH

Arrêté le présent facture à la somme de

*Centrale Laghzaoui*  
*8-4-23*  
*17-4-23*  
*20-4-23*  
*24-4-23*

*Mille cinq cents*  
 CENTRE LAGHZAOU  
 Kiné et Bien-être  
 72, Place de la Division Leclerc  
 Eto. RDC Oasis - Casablanca  
 Tel: 05 22 98 32 85  
*- 27-4-23*  
*- 3-5-23*  
*- 6-5-23*  
*- 17-5-23*  
*- 20-5-23*