

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.

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

M23-006798

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05A10

Société : 163360

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NADDOR Fatima

Date de naissance : 1948

Adresse : 184 Lot ALADARISSA SIDI MAAROUF
Casablanca

Tél. : 0628-32-83-70 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/05/2023

Nom et prénom du malade : Mme NADDOR Fatima Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Capsulite épaule G

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-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
17/6/23	CT		CT	


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

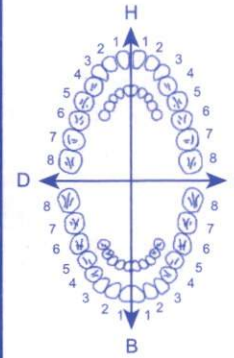
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13-06-23					100,00 Dh

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

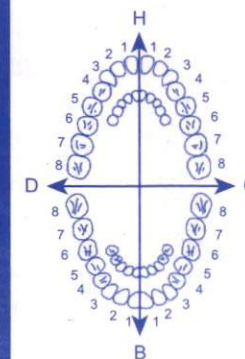
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		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

ALIBOU Ahmed
Kinésithérapeute physiothérapeute
Ex Enseignant à l'Ecole
Supérieure de Kinésithérapie



أحمد عليبو
أخصائي في الترويض الطبي
أستاذ سابق بالمدرسة العليا
للترويض الطبي

Casablanca le: 13.06.2023

Facture

Nom et Prénom: *Mme NADDOUR Fatima*

Médecin Prescripteur: *Dr. B. ELAZIFI*

Nombre de Séances: *10*

Prix de la Séance: *150,00 Dh*

Total: *1500,00 Dh*

*Je présente facture et mets à la somme
de mille cinq Cents Dirhams.*

Ahmed ALIBOU
KINESITHERAPEUTE
Résidences Al Moustakbal GH. 46 Imm. 415
RDC Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 27 73 67 28 - GSM: 064.67.47



Cabinet de Rhumatologie
Dr Boutayna EL AZIFI

Casablanca, le : 17/05/2023

Patient: Mme NADDOR FATIMA

Capsulite retractile de l'épaule gauche

- Physiothérapie antalgique (ultrasons, électrothérapie)
- Renforcement de la coiffe des rotateurs en isometrie et en abaissement de la tete humerale
- Mobilité articulaire

10 séances (deux fois par semaine)

الدكتورة بشينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarout - Casablanca
Tél.: 06 22 58 19 56/06 02 42 34 52



Cabinet de Rééducation

Résidences Al Moustakbal GH46 Imm 415,

Appt 2 RDC - Sidi Maârouf - Casablanca

Tél: 05 27 73 67 28 / 07 07 03 78 80

Youssef NADDOUR ALI MA

N°	Date	H
1	17.05.23	
2	16.05.23	
3	18.05.23	
4	23.05.23	

5	25-05-23	
6	30-05-23	
7	01-06-23	
8	06-06-23	
9	08-06-23	
10	13-06-23	
11		
12		
13		
14		
15		