

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-657206

165347
Encom

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10142 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAIFFI HUND

Date de naissance : 16.11.1974

Adresse : 27 AVEST LAKBIR Residence CAMELIA Gen
Etage N° 18 MAARIF CASABLANCA

Tél : 0661309923 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-2015/2019

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 :

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

Le : 14 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05/07/2023			15		20000 dh + 15 réamges = 3000,00 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	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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

Casablanca : 12/06/2023

DEVIS

Nom du patient : Mme MAIFFI HIND

Pathologie : FRACTURE DE LA CHEVILLE

Nombre de séances : 15 séances

Prix unitaire : 200.00 Dirhams

Montant total : 3000.00 Dirhams

Arrêter le présent devis à la somme totale de trois mille
Dirhams.

CENTRE CASA OULFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 74 Group P N°29-31
M. El Oulfa - Casablanca

Bd. Oum Errabii - Groupe " P " Rue 74 N° 31 / 29 - OULFA - Casablanca

Tél. : 05 22 65 31 03 - GSM : 06 63 03 33 55 - E-mail : kine.casaoulfa@gmail.com

Patente : 36091901 - RC : 348683 - ID. FISCALE : 18754647- ICE : 001565990000085 - CNSS : 4857879



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

مصحة الأمين

Clinique Al Amine

Casablanca le 31 05 2023

Mme MAIFFI HIND

Fracture de la cheville traitée
chirurgicalement

Rééducation : - Renforcement musculaire
- Récupération des amplitudes
- Équilibre et stabilité
- physiothérapie

5 séances

CENTRE CASA OULFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 74 Groupe P N°29-31
Abou Marouane Abdelmalek - Casablanca

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
& Abou Marouane Abdelmalek
CASABLANCA
Téléphone : 05 22 86 05 30

73, Zénqa Ibn Jallal و أبو مروان عبد الملك (بين شارع أنوال و مولاي إدريس الأول) حي المستشفيات - الدار البيضاء
Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss Ier)
CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr

Bd. Oum Errabii - Groupe "P" Rue 74 N° 31 / 29 - OULFA - Casablanca

Tél. : 05 22 65 31 03 - GSM : 06 63 03 33 55 - E-mail : kine.casaoulfa@gmail.com

Patente : 36091901 - RC : 348683 - ID. FISCALE : 18754647- ICE : 001565990000085 - CNSS : 4857879



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

DES SEANCES DE KINESITHERAPIE EN FAVEUR DE Mme MAIFFI HIND

A COMPTER DU 12/06/2023

J'atteste que Mme MAIFFI HIND a effectuée ses 15 séances de rééducation au centre de kinésithérapie CASA OULFA pour une Rééducation du pied suivant ce programme :

Nombre de séances	Date
Séance 1	12/06/2023
Séance 2	13/06/2023
Séance 3	14/06/2023
Séance 4	15/06/2023
Séance 5	16/06/2023
Séance 6	19/06/2023
Séance 7	20/06/2023
Séance 8	21/06/2023
Séance 9	22/06/2023
Séance 10	23/06/2023
Séance 11	26/06/2023
Séance 12	03/07/2023
Séance 13	04/07/2023
Séance 14	05/07/2023
Séance 15	06/07/2023

CENTRE CASA-OULFA DE
KINESITHERAPIE-SARL
33 Rue 74 Group P N°29-31
Maj. El Oulfa - Casablanca

LAMIAA NABTRI
KINESITHERAPIE
06 61 41 19 15



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

Casablanca le : 06/07/2023

Facture n°44/2023

NOM : Mme MAIFFI HIND

ADRESSE : CASABLANCA

PATHOLOGIE	N° DE SEANCES	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
REEDUCATION DU CHEVILLE	15	200,00	3000,00
TOTAL			3000,00 DHS

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TOTALE DE TROIS MILLE DIRHAMS

CENTRE CASA-OULFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 74 Group P N°29-31
M. P. O. M. - Casablanca

LAMIAA NADIRI
KINESITHERAPEUTE
06 61 41 19 15