

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-562462

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7405 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : TAVILI Damia 185513

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0660746374 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : WCB + Dorsalgie

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 : OAS Le : .....


Signature de l'adhérent(e) : .....


### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.


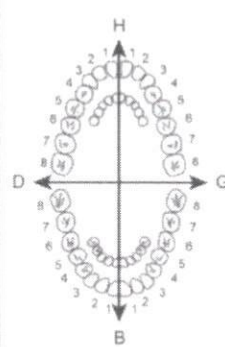





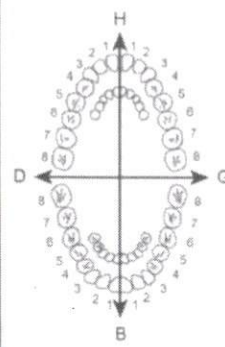



**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
03/10/2023	C18		9	INP :  Spécialité en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique INPE : 051301040

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/12/2023	320

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	
	4/12/23		15	K.		200 x 15 = 3000,00

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 : 																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 																									
			MONTANTS DES SOINS 																										
			DEBUT D'EXECUTION 																										
			FIN D'EXECUTION 																										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS 
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	B																												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS 																									
				DATE DE L'EXECUTION 																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																										



PPV: 169DH00  
PER: 10/25  
LOT: L3658-2

**DOLICOX<sup>®</sup> 90 mg**  
Etoricoxib

14 Comprimés  
pelliculés



المملكة المغربية  
وزارة الصحة



المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le :

03/10/2023

## ORDONNANCE

Docteur : .....

M. Toni Dams

169

11 Dolicox 90 mg

53/10x2 1 p / ir ptt 10rr

21 Dolicox 90 mg

2 p x 2 / ir ptt 07rr

33 Imupar gel

1 p x 2 / ir ptt 11rr

20/80x2 1 p x 2 / ir ptt

332/8 1 p x 3 hr

**Dr Y. SBIM**  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique

Relaxol 500mg/2m

Relaxol 500mg/2m  
RESPECTER LES DOSES  
Uniquement sur ordonnance - Liszt  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10

LOT : 23E002  
PER: 02 202

Relaxol 500mg/2mg

Relaxol 500mg/2mg  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
Uniquement sur ordonnance - Liszt  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10

LOT : 22E014  
PER: 11 2025



LOT : 22E014  
PER: 11 2025

25.3

**VITANEVRIL**  
30 comprimés pelliculés

PPV  
LOT  
PER

28,80

**VITANEVRIL® FORT**  
30 comprimés pelliculés

PPV  
LOT  
PER

28,80



Dr. Y. SBIHI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
INSE 061301610



# Kinésithérapie - Physiothérapie

## CENTRE CASA OULFA

### PROGRAMME DES SEANCES DE KINESITHERAPIE EN FAVEUR DE Mme TOUILI DAMIA

COMPTER DU 04/10/2023

J'atteste que Mme TOUILI DAMIA a effectuée ses 15 séances de rééducation au centre de kinésithérapie CASA OULFA pour Rééducation d'NCB+DORSALGIE selon ce programme suivant :

Nombre de séances	Date
Séance 1	04/10/2023
Séance 2	09/10/2023
Séance 3	13/10/2023
Séance 4	16/10/2023
Séance 5	20/10/2023
Séance 6	23/10/2023
Séance 7	27/10/2023
Séance 8	30/10/2023
Séance 9	03/11/2023
Séance 10	10/11/2023
Séance 11	14/11/2023
Séance 12	20/11/2023
Séance 13	25/11/2023
Séance 14	29/11/2023
Séance 15	04/12/2023

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



184621



Annex Remise (voir Dossier joint)

CASABLANCA, Le 29 novembre 2023

CENTRE CASA OULFA DE KINESITHERAPIE  
BD OUM ERRABII GROUPE P RUE 74 OULFA  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE**  
**Identifiant adhérent : 07405\_1965-04-01\_DAMIA**  
**N/REF : 20233330025448**  
**Adhérent : TOULI DAMIA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de DAMIA TOULI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de\* **3000.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 29-11-2023 au 29-02-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à DAMIA TOULI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- **Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.**

\* Pour information, la part adhérent : **975.00 MAD**

S/R Facture + Planning des séances



Hôpital sans tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le :

03 / 10 / 2013

## ORDONNANCE

Docteur : .....

M. Amil Demir

Perte suite pour NCB + Dorsalgie

Je vous le confie pour 15 jours  
de rééducation.

- physiothérapie
- acupuncture
- manothérapie
- étirement

Dr Y. SBIHI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
INPE : 06130104

Dr Y. SBIHI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique





# Kinésithérapie - Physiothérapie

## CENTRE CASA OULFA

Casablanca le : 04/12/2023

Facture n°96/2023

NOM : Mme TOULI DAMIA

ADRESSE : CASABLANCA

PATHOLOGIE	N° DE SEANCES	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
REEDUCATION D'NCB+DORSALGIE	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