

# 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

### M22- 0057412

☒ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180

Société : RAM

☐ Actif☒ Pensionné(e)☐ Autre :

Nom &amp; Prénom : SABIRI Said

Date de naissance : 05.11.52

Adresse : 64 Rue Ezzeizafoune

30, LA GIRONDE - Cas 4

Tél. : 0666 8181 24

Total des frais engagés : 2400,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/23

Nom et prénom du malade : SABIRI SAID

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 : CAS 4

Le : 27 DEC 2023

Signature de l'adhérent(e) : Said



# 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
28/10/2023				DR. AZIZ CHAÏO

# 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	
MARFOUD ILHAM KINESITHÉRAPEUTE LA CIRONDE-CATARLANCA T.L : 0522-54.32.44	31/10/2023					20 séances de rééducation fonctionnelle
	02/11/2023					Fracture

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

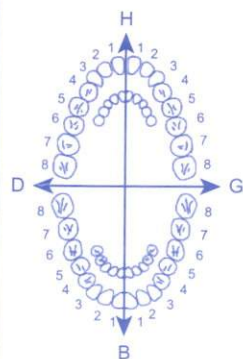
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT 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



# Cabinet Azzahraa

Mme MARFOUQ ILHAM  
KINESITHERAPEUTE

Le :22/12/2023

FACTURE n° 104:2023

MR : SABIRI SAID

NOMBRE DE SEANCES	PRIX
20 séances de rééducation	2400 DH

Arrêtez la présente facture à la somme de deux mille quatre cent dirhames .

MARFOUQ ILHAM  
KINESITHERAPEUTE  
LA GIRONDE - CASABLANCA  
TEL : 0522-54-30-16

Cabinet Azzahraa

Résidence Mariya B- 2ème étage-n°47 angles rue Ifni et Bd la Gironde - Casablanca

Tél : 0522 54 30 16

Patente n° : 32605520 / ICE : 001825661000031 / IF : 15209874 / INPE : 065056616

# Cabinet Azzahraa



Mme MARFOUQ ILHAM KINESITHERAPEUTE

## Calendrier de patient

**Nom et prénom : sabiri said**

**Nombre de séance : 20 séances de rééducation fonctionnelle**

Date début : 04/11/2023  
DATE DE FIN : 22/12/2023

04/11/23	07/11/23	09/11/23	14/11/23	17/11/23	20/11/23	22/11/23	24/11/23	27/11/23	29/11/23
01/12/23	04/12/23	07/12/23	08/12/23	11/12/23	13/12/23	15/12/23	18/12/23	20/12/23	22/12/23

Résidence Maria B-2ème étage-n°47 angles rue IFNI et Bd La Gironde – Casablanca  
Tél : 0522 54 30 16  
Patente n° : 32605520/ICE : 001825661000031/IF : 15209874

MARFOUQ ILHAM  
KINESITHERAPEUTE  
LA GIRONDE-CASABLANCA  
TEL : 0522-54 30-16



NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

## Sur Rendez-vous

اختصاصي في جراحة الدماغ  
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعِد

Casablanca, le 28 to 20 23 الدار البيضاء، في

M. SABIN'S S.A.D.  
 sein  
 you  
 -fer  
 trans (03)  
 Pense  
 de  
 NB:  
 -lboni  
 recidant  
 renforcer  
 a  
 perbe  
 Pense  
 over  
 ngt (2)  
 propre  
 noisale  
 Dr. Aziz  
 Neurolog  
 1, 50, P.  
 Sachille  
 2

51، شارع الميسكيني إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء  
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - CASABLANCA  
الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77