

# 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



Déclaration de Maladie  
M22- 0006643

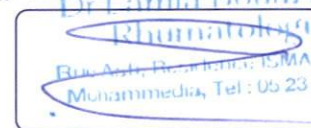
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7455 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : ALC  
Nom & Prénom : MOUNIR Samira  
Date de naissance : 09.07.1964  
Adresse : Bd Moulay Ismail, Rdce Beach palace 1, Mohammedia  
Tél. : 0661142285 Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 15/11/2023  
Nom et prénom du malade : MOUNIR Samira Age : 57 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : NCB  
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 : Mohammedia, 12/11/2023 Le : 10/11/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
15/11				 Dr. Amine Bouazzouli Rhumatologue Rue A. Leclercq, 100 - 1050 Ixelles Tél : 05 23 32 77 52
20/23				


# 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

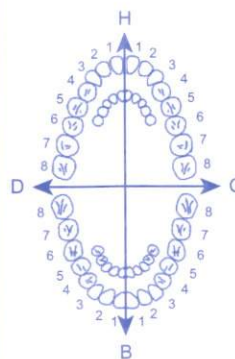
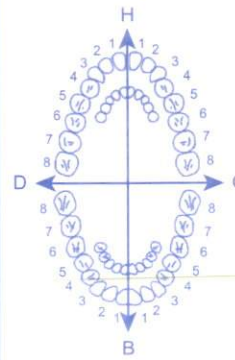
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 KINÉ PARC Atal 01330112 RUE DU PARC CENTRAL - 1050 Ixelles Tél : 06 66 58 58 58	Devis	20 AM x 15 séances				Total
	22/11/2023					3000,00 DHS

# 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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	00000000	21433552	D		G	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																				
25533412	00000000	21433552																				
D		G																				
00000000	00000000	00000000																				
35533411	11433553																					
B																						
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				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

**ACCORD REEDUCATION**

1 message

pec\_mup@mupras.com <pec\_mup@mupras.com>  
À : mounirsamira64@gmail.com

30 novembre 2023 à 15:46

Bonjour

*reéducation*  
votre accord ~~dentaire~~ est accordé pour 15 séances.

CORDIALEMENT.



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



ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification  
11550 13

**Service Prise en charge**

☎ **Fixe :** +212 522 204 545 LG

✉ **pec@mupras.com**

🌐 **www.mupras.com**

*MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger*

Siège Social : Centre d'affaire Altal Ben Abdelilah, 49, Angier rue Altal Ben Abdelilah et rue Mohammed  
Fakir 6<sup>ème</sup> étage - Casablanca / Tel : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

   /MUPRASRAM

**Dr Lamia Bouazzaoui**

**RHUMATOLOGUE**

Médecin Spécialiste des Maladies des Os  
des Articulations de la Colonne Vertébrale  
et des Maladies Rhumatismales  
Echographie Ostéo-articulaire



الدكتورة ليلى بوعزاوي

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام

والمفاصل وأمراض الروماتيزم

الفحص بالصدى

Mohammedia, le 15/11/2023

Monsieur

Reception pour

2 CB sur 1000000

+ 1000000

1000000

1000000

KINÉ PARC  
ARABBOUL  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Res. KAMAL PARK (KATER) Im. 19 - 5ème étage  
Bureau 25 - Parc de Mohammédia  
Tel.: 06 66 90 54 02

Dr Lamia Bouazzaoui  
Rhumatologue  
Rue Asfi Résidence ISMAIL  
Mohammedia, Tél: 03 23 32 77 85

Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,

شارع اسفي / إقامة السماعيل - الشقة 5

Appartement 5 - Mohammédia - Tél.: 0523 32 77 85 - الهاتف

البريد الإلكتروني: lamia.bouazzaoui@gmail.com - Email - المستعجلات: 0677 83 20 85 - Urgences





**KINE PARC**  
KINÉSITHÉRAPIE - PHYSIOTHÉRAPIE

## FACTURE

Date Facture	22/01/2024
Nom & Prénom du patient	Mme MOUNIR Samira
Pathologie/ Rééducation	Nevralgie cervico-brachiale
Médecin traitant	Dr Lamia BOUAZZAOUI

Nombre de séance	Prix de la séance en DHS	Total en DHS
15	200	3000

Arrêter la présente facture à **TROIS MILLE DIRHAMS**

SEANCE	Date
Séance 1	04/12/2023
Séance 2	06/12/2023
Séance 3	09/12/2023
Séance 4	11/12/2023
Séance 5	15/12/2023
Séance 6	20/12/2023
Séance 7	25/12/2023
Séance 8	02/01/2024
Séance 9	08/01/2024
Séance 10	11/01/2024
Séance 11	13/01/2024
Séance 12	15/01/2024
Séance 13	17/01/2024
Séance 14	20/01/2024
Séance 15	22/01/2024

**KINE PARC**  
Afaf ABBOUD  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Res. KAMAL PARK CENTER Immeuble B - 4ème Étage  
Bureau 25 - Parc de Mohammedia  
Tél. : 06 66 90 54 02

Résidence "KAMAL PARK CENTER" immeuble B, 4ème étage, bureau 25. Parc Mohammedia.  
(à côté de l'hôtel NOVOTEL)

ICE : 001874884000007 - TP : 39400357 - IF : 20730330



**KINÉ PARC**  
KINÉSITHÉRAPIE - PHYSIOTHÉRAPIE

## DEVIS

Date devis : 22/11/2023

Nom & Prénom du patient : Mme Samira MOUNIR

Médecin traitant : Dr Lamia BOUAZZAOU

Rééducation	Nombre de séance	Prix de la séance en DHS	Total en DHS
<b>Nevralgie Cervico-Brachiale</b>	<b>15</b>	<b>200</b>	<b>3000</b>



Résidence "KAMAL PARK CENTER" immeuble B, 4 ème étage, bureau 25. Parc Mohammedia.  
(à côté de l'hôtel NOVOTEL)

ICE : 001874884000007 - TP : 39400357 - IF : 20730330