

# 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0030333

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01256 Société : Retraite RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KOUSSAIMI M Hamed

Date de naissance : 13-08-1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 0666807134 Total des frais engagés : 1920,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27-11-23

Nom et prénom du malade : EL KOUSSAIMI M Hamed Age : 74

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

Nature de la maladie : goutte

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 : 26-08-2024

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

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

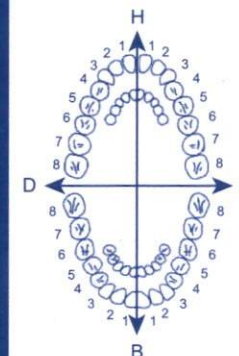
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CIM Santé



HUPM

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

مصلحة متعددة التخصصات

ORDONNANCE

24/11/23

M. OZ KOUSSATINE M'hamed

→ Genarthrose genou

↳ 16 ans

→ Physiothérapie ambulatoire

→ Analgésiques

→ Traitement articulaire - glucoc + chondro

→ Kinésithérapie

→ Suivi régulier

Faris Madila Kinésithérapeute  
Bd. Oud Behtane 92 N°23 26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tel: 05 22 93 10 17

Dr. ABDELKETTAKH  
Président Fondateur  
05 22 93 10 17





# Centre FARIS de Kinésithérapie

## مركز فارس للثرويض الطبي

Madiha Faris

M601236

Kinésithérapeute & Physiothérapeute

Casablanca le

21/2/2024

### Facture

Faris Madiha Kinésithérapeute  
Bd. Oued Beht Rue 92 N°23-26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tel: 05 22 93 10 17

La somme de

16 120 000

Pour une série de

16 Séances de

kinésithérapie pour la main gauche, Physiothérapie  
autogène, kiné de l'épaule, du bras, du coude, du poignet

Adressé(e) à

M. ELKASSAIMI Mohamed

Période : Du

18/1/2024

Au

21/2/2024

Sur ordonnance du docteur

D<sup>r</sup> Y. Abdelfettah

Faris Madiha Kinésithérapeute  
Bd. Oued Beht Rue 92 N°23-26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tel: 05 22 93 10 17

M. FARIS



Date	Horaire	Paiement
1) Seance	18/1/2024	
2) Seance	20/1/2024	
3) Seance	22/1/2024	
4) Seance	24/1/2024	
5) Seance	26/1/2024	
6) Seance	29/1/2024	
7) Seance	31/1/2024	
8) Seance	2/2/2024	
9) Seance	5/2/2024	
10) Seance	7/2/2024	
11) Seance	9/2/2024	

Date	Horaire	Paiement
12) Seance	12/2/2024	
13) Seance	14/2/2024	
14) Seance	16/2/2024	
15) Seance	19/2/2024	
16) Seance	21/2/2024	

Faris Madiha - kinesithérapeute  
 Bd. Oudjda  
 Hay Oudjda  
 Tel: 05 22 93 10 17