

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-454410

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID  
 Date de naissance : 27/05/1967  
 Adresse : 2 Rue Rassemblement - EGT 1 - AP 12 - QU DES MOH TAO - CASABLANCA  
 Kamrouche@royalairmaroc.com  
 Tél : 0661691366 Total des frais engagés : 1950,00 Dhs

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 : / /

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"/>

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

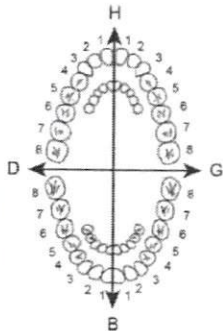
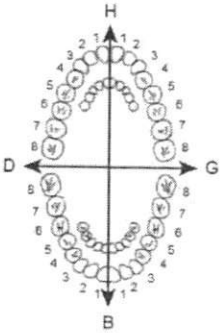
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<p><i>Triza Bouayeb</i>            Physiothérapeute            Abdelmoumen 416 Annual Capital Center            0522 986 699 - GSM: 0661 146 465            ICE: 001583505000055</p>	<p>22/03/2025</p>	<p>AMM</p>	<p>15</p>	<p>139,00</p>	<p>= 1959,00 DA</p>	

# 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



*Aziza Boutayeb*

kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Diplômée d'Etat  
Ancienne Kinésithérapeute en Chef  
du service Kinésithérapie  
au CHU Ibn Rochd

**بوطيب عزيزة**

دبلوم الدولة في الترويض الطبي  
و المعالجة الكهربائية  
رئيسة سابقا لقسم الترويض  
الطبي بمستشفى  
أبن رشد

Casablanca, le : 22 / 09 / 2020

## Facture

N° .....

La somme de : Mille neuf cent cinquante dirhams

Pour une série de : 15 séances de : Rééducation

fonctionnelle étirement Avec renforcement musculaire  
et Travail actif des muscles.

Adressée à : AMAROUCHE ALI

Durant la période du : 03/08/2020 au : 22/09/2020

Sur ordonnance du Docteur : KHAIROUNI Abdelkrim

*Aziza Boutayeb*  
kinésithérapeute-Physiothérapeute  
Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center  
Tel: 0522 986 699-GSM: 0661 146 465  
ICE: 00158350500055

**Docteur Abdeslam KHAIROUNI**

Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant

Professeur de Chirurgie Infantile  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Service de l'Hôpital Delafontaine  
Membre de la Société Française  
d'Orthopédie Pédiatrique

الدكتور عبد السلام خيروني  
أستاذ في جراحة الأطفال

خريج جامعة باريس  
رئيس قسم جراحة الأطفال سابقا  
عضو الشركة الفرنسية  
لجراحة عظام الأطفال

Casablanca le 15 DEC 2019

AMAROUCH

Ali

V/Recevoir de Melle

et fin

Etirer Tendo Tendon

et etirer Tendon

Aziza Boutayeb  
kinésithérapeute-Physiothérapeute  
Rd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center  
Tel: 0522 986 699-GSM: 0661 146 465  
Fax: 001583505000055

2 x (se)

Gm reuel

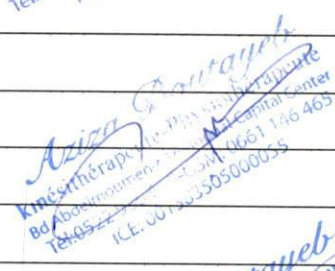


Docteur Abdeslam KHAIROUNI  
Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant  
34 rue Charam Achaykh - Quartier Palmier - Casablanca

34. زنقة شرم الشيخ - حي النخيل - الدار البيضاء  
34, rue Charam Achaykh - Quartier Palmier - Casablanca • RDV ☎ 06 69 97 11 16 - 05 22 25 50 56/75  
06 10 26 05 94 • E-mail: akhairouni@yahoo.fr

Casablanca Le 22/09/2020

## Tableau récapitulatif des séances

AMAROUCHE ALI

Numéro de séance	La date	Signature
1	03/08/2020	
2	06/03/2020	
3	10/08/2020	
4	13/08/2020	
5	17/08/2020	
6	20/08/2020	
7	24/08/2020	
8	27/08/2020	
9	31/08/2020	
10	03/09/2020	
11	07/09/2020	
12	10/09/2020	
13	14/09/2020	
14	17/09/2020	
15	22/09/2020	

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 18/12/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 7838	e-mail : k.amarouche@royalairmaroc.com Phones : 0661691366
Nom et Prénom de l'adhérent : AMAROUCHE	KHALID
Nom et Prénom du bénéficiaire : AMAROUCHE	ALI
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr. Amarouche	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. AMAROUCH ALI	
Nécessite : Kinésithérapie	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : Diplegie spastique.	
Cachet, date et signature du praticien	18/12/19
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.