

# 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.

## Diologie 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

N° P19-

062346

43125

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752 Société : R.A. 7

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLITINE ELGHARI NOULAY MIHAMED

Date de naissance : 01/07/1943

Adresse : 18, LOT ARSET, LAKHAR, TAARIF, CASABLANCA

Tél. : 06 68 41 92 20 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DAOU ALADAWAR SHAHRAZI Age : 63 ans

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

Nature de la maladie :

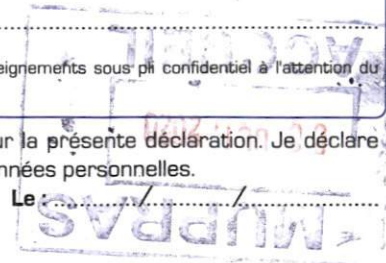
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : [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

### 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

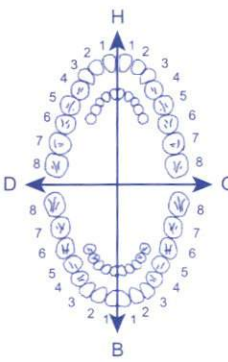
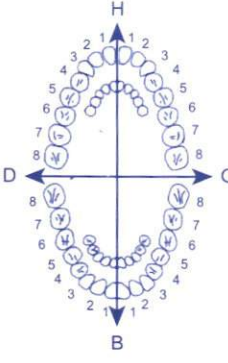
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Phy 108 CENTRE KINEMA thérapie & Rééducation Fonctionnelle d Ghandi 10 Rue Jabal Saghrrou sablanca Tel: 39.77.70 AUTN° 1731	du 04.08.10 Au 01.10.10	30	AN	79		51000 prothèse plomb

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

**Dr. Hasna AZMI**

**Rhumatologue**

Maladies des os, des articulations,  
des muscles et de la colonne  
vertébrale



**الدكتورة حسناء عزمي**

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات  
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 08/07/2020 في الدار البيضاء

7<sup>e</sup> Slitine  
Daoud Al Jodawar  
Shahrazed

Troubles de marche et  
d'équilibre avec mauvais appui  
⇒ 15 séances de

**CENTRE KINEMA**  
Physiothérapie & rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Charrat, 16 Rue Jabal Saghroun  
Casablanca, Tél/Fax: 39 77 70  
Agréé N° 1231

Physiothérapie des mb <

< physiothérapie

amélioration de la marche,  
de l'équilibre et de l'appui

Dr. Hasna AZMI  
Rhumatologue  
14 rue de Paris  
75011 PARIS  
LANCA

**Dr. Hasna AZMI**

**Rhumatologue**

Maladies des os, des articulations,  
des muscles et de la colonne  
vertébrale



**الدكتورة حسناء عزمي**

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات  
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 08/06/2020 في الدار البيضاء

7<sup>e</sup> Slitine

David Al Hodavar  
Shahrazed

Cervicalgies sur

Cervicarthrose & contracture très

importante

⇒ 15 séances de

**CENTRE KINÉMA**  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghrout  
Casablanca - Tél/Fax: 39.77.70  
06 77 1731



Reinhold Heidegger

physiothérapie de contractures

reinforcement of para-  
vertebral cervical

A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains the text "MR. HASIB A. KHAN" and "14, 8/11/11". The signature is a stylized, cursive script.

FACTURE N ° 61/2020

La somme de : 5100Dhs (Soit 170Dhs/séance)

Pour une série de : 30 séances de AMM9

Rééducation pour une cervicalgie et trouble de la marche et  
de l'équilibre

Adressé à : Mme Slitine Shahrazad

Durant la période du : 04/08/2020 au 01/10/2020

Sur ordonnance du Docteur : Hasna Azmi

Casablanca le : 01/10/2020

Avec mes remerciements,

  
CENTRE KINEMA  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghrout  
Casablanca Tél/Fax: 39.77.70  
AU N° 172

Casablanca le : 01/10/2020

**Compte rendu des séances de Mme Slitine Shahrzad**

- Du 04/08/20 Au 01/10/20
- Rééducation pour une cervicalgie et troubles de l'équilibre et de la marche :

Date de la séance	Nombre de la séance
Mardi 04-08-20	1
Jeudi 06-08-20	1
Vendredi 07-08-20	1
Lundi 10-08-20	1
Mardi 11-08-20	1
Jeudi 13-08-20	1
Lundi 17-08-20	1
Mardi 18-08-20	1
Lundi 24-08-20	1
Mardi 25-08-20	1



Jeudi 27-08-20	1
Vendredi 28-08-20	1
lundi 31-08-20	1
Mardi 01-09-20	1
jeudi 03-09-20	1
Vendredi 04-09-20	1
Lundi 07-09-20	1
Mardi 08-09-20	1
jeudi 10-09-20	1
Vendredi 11-09-20	1

Lundi 14-09-20	1
Mardi 15-09-20	1
Vendredi 18-09-20	1
Lundi 21-09-20	1
Mardi 22-09-20	1
Jeudi 24-09-20	1
vendredi 28-09-20	1
Lundi 28-09-20	1
Mardi 29-09-20	1
Jeudi 01-10-20	1

**Avec mes remerciements,**

Laila Ghallab

**CENTRE KINÉMA**  
 Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
 108, Bd Ghandi, 16 Rue Jaber Saghrani  
 Casablanca 2041/Fax: 39.77  
 AUT N° 1731

7<sup>e</sup> 0752

Casablanca le : 13.07.20

## DEMANDE D'ACCORD

Pour une série de : 30 Séances de : 100g

- Cervicologies
- Rééducation de l'équilibre.

Au prix de 51000 ma (soit 170000 mg)

Adressée à M<sup>re</sup> slitine shahrazad

Durant la période du 13.07.20 au 30.08.20

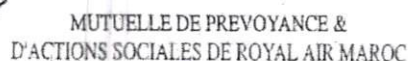
Sur Ordonnance du Docteur Azmi Hosni

**CENTRE KINEMA** ents,  
Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle  
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghrout  
Casablanca Tél/Fax: 39.77.70  
AUT N° 1731

ORIGINAUX EN VOTRE POSSESSION  
ET ACCORD OBTENU AVANT D'ENTAMER  
LES 30 SEANCES DE KINE.

AVEC MES REMERCIEMENTS

7/24



7<sup>th</sup> 0752

le ...../...../.....

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 0752 N° de poste:

Nom et Prénom de l'adhérent SLITINE ELGHARI MY MINAMEN N° Tél bureau:

Nom et Prénom du bénéficiaire YAHYI ALTAOAJAT SHAHRAZED N° Tél domicile: 06.68.41.92.20

A remplir par le praticien

Je soussigné: Mme Leila GHARROUB

Estime que l'état de santé de M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M: Mme slitine shahrazed

Nécessite: 30 séances

Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) 30 Anna  
5100 DH (soit 17000 / séance)

Une hospitalisation de : (Approximatif):

A: (préciser l'établissement hospitalier): Centre Kinéma

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision:

CENTRE KINEMA  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd. Ghabdl, 16 Rue Jaba Saghrout  
Casablanca - Tél/Fax: 39 77 70  
A.N. N° 1731

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com





**MUPRAS**  
MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

76 0752

le 08/07/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: .....

Certifie que M<sup>lle</sup> ☒ M<sup>me</sup> ☐ M. Stéphanie David Al Madawar Shahrane

Présente troubles de la marche et d'équilibre avec  
limitation du rachis cervical

Nécessitant un traitement d'une durée de: Quinzième  
au long cours

Dont ci-joint l'ordonnance.....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52