

# 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](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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 057500

☐ Optique

☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752 Société : R.A. 07

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLITINE ELMOHARI MOULAY MIHALED

Date de naissance : 01/07/1943

Adresse : 18 LOT ABDET LEKABR MAARIF 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 : YACUB ALIABAKAR SHAHRAZED Age : 64 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 : 01/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : M. H. 4





# 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	
<b>CENTRE KINÉMA</b> Physiothérapie - Podologie - Fonctionnelle 108, Bd de la République - Casablanca Tél. 54 173	Du 28.11.10 Au 28.12.10	15	ANN	g		255000 1000000 2000000 2000000

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'...

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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

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

0752



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات  
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le

28/10/2020

الدار البيضاء في

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

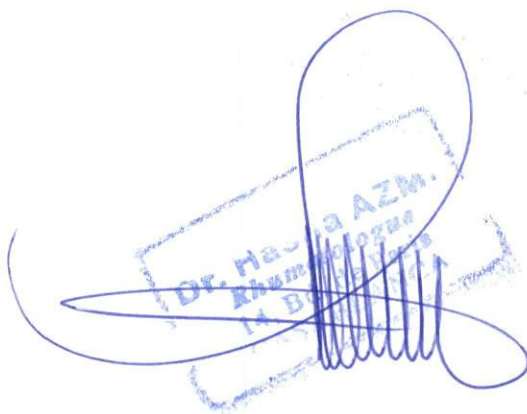
7<sup>e</sup> Slitine Jassal  
Al Tadawar Shahrages

Cervicalgies avec contracture  
& limitation du rachis cervical  
& déséquilibre à la marche

⇒ 30 Séances de  
Kinési Thérapie cervicale

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

avec travail de la marche



FACTURE N ° 82/2020

La somme de : 2550Dhs (Soit 170Dhs/séance)

Pour une série de : 15 séances de AMM9

Rééducation pour une cervicalgie + Rééducation de la marche

Adressé à : Mme Slitine Daoud Shahrazed

Durant la période du : 09/11/2020 au 28/12/2020

Sur ordonnance du Docteur : Azmi Hasna

Casablanca le : 31/12/2020

Avec mes remerciements,

  
CENTRE KINEMA  
Physiothérapie & Rééducation  
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghrun  
Casablanca Tél/Fax : 022 39 77 70  
RUT N° 173



Casablanca le : 31/12/2020

Compte rendu des séances de Mme Slitine Daoud Shahrazed

Date de la séance	Nombre de la séance
Lundi 09-11-20	1
Jeudi 12-11-20	1
Lundi 16-11-20	1
Jeudi 19-11-20	1
Lundi 23-11-20	1
Jeudi 26-11-20	1
Lundi 30-11-20	1
Jeudi 03-12-20	1
Lundi 07-12-20	1
Jeudi 10-12-20	1

Lundi 14-12-20	1
Jeudi 17-12-20	1
Mardi 22-12-20	1
Jeudi 24-12-20	1
Lundi 28-12-20	1

**Totale : 15 Séances**

**Avec Mes Remerciements :**

**Leila Ghallab**

**CENTRE MEDICAL**  
 Physiothérapie & Rééducation  
 108, Bd Ghannouchi, 6 Rue Talib Soultan  
 Casablanca, Maroc  
 Téléphone : 333 777 1731  
 Fax : 333 777 1732

MR 0752

→ COPIE DOSSIER EN VOTRE POSSESSION

→ ACCORD OBTENU POUR 15 SEANCES



Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle

LEILA GHALLAB

Kinésithérapeute & Physiothérapeute  
Diplômée de l'Université de MALAGA  
(Espagne)

108 Bd Ghandi,

16 Rue Jabal Saghrou - Casablanca

Tél, Fax : 022 39 77 70

E-mail : centrekinema@menara.ma

06. 68. 41. 92. 20

Casablanca le : 02. 11. 20

## DEMANDE D'ACCORD

Pour une série de : 30 Séances de : ANN

Rééducation cervicale  
et travail de la  
marche

Au prix de 5100 m (soit 170 m / séance)

Adressée à M<sup>me</sup> Selma Shohroz

Durant la période du 02. 11. 20 au 30. 11. 20

Sur Ordonnance du Docteur HANE AZNI

CENTRE KINEMA  
Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle  
108 Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghrou  
Casablanca Tél/Fax : 39 77 70  
AUT N° 1731





**MUPRAS**

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

7<sup>le</sup> 0752 :

06.68.41.92.20

le 02/11/2020

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: 0752	N° de poste: /
Nom et Prénom de l'adhérent: SLITINE ELISABETH	N° Tél bureau: /
Nom et Prénom du bénéficiaire: DAUD ALBA DAUD	N° Tél domicile: 06.68.41.92.20
A remplir par le praticien	
Je soussigné: M <sup>me</sup> Leila Ghannouch	
Estime que l'état de santé de M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: Slitine Shohroz	
Nécessite: 30 mois de rééducation	
Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) 30, ANNA	
S100 RA (part Atom (monte)	
Une hospitalisation de: (Approximatif) Cabinet de rééducation	
A: (préciser l'établissement hospitalier) Kinemp	
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 KIREMA Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle 108, Bd G. M. 16 Rue J. S. Sghrni Casablanca Tél/Fax: 39.77.70 BOIT 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





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

0752 / 06.68.41.92-20

le 28/10/2020

## 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> <input checked="" type="radio"/> M <sup>me</sup> <input type="radio"/> M. <u>Sloutine</u>	<u>Dr. Houd Al Jedawon</u>
Présente <u>une limitation du rachis cervical avec troubles de la marche</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>30 séances de Kinésithérapie</u>	
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

*[Signature]*

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