

# 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.

### Biologie 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)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 046326

☒ Maladie

☐ Dentaire

MUPRAS  
RECEPTION 9

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04982 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAYAT Moshafa

Date de naissance : 28/02/1963

Adresse : Deroua

Tél. : 06 6561 8634 Total des frais engagés : = 700 = Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerkouni et Bd. Med  
Ben Abdellah - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Masnine Tama Age : 54 ans

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

Nature de la maladie : Rachialgie

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 : DEROUA Le : 31/12/2020

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
08/12/20	C			Pr. Abdel EL KAMAK Neurochirurgien Angle Bd. Zerkouni et Bd. Med Ben Abdellah - Cm

# 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	
Samah EL BOUKHARI Kinésithérapeute 330 Lot. Chabat - Peroua Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36	29/12/2020					P.U. = 1000 Dh
						P.T. =
						12 séances
						P.U. = 1200 Dh
						P.T. = 700 Dh
						7 séances

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				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



**SAMAH EL BOUKHARI**  
**KINESITHERAPEUTE PHYSIOTHERAPEUTE**

Rééducation en traumatologie, orthopédie, rhumatologie, neurologie,  
Respiratoire ; cardio-vasculaire, sportive, drainage lymphatique,  
électrothérapie

Nom : Hasnine

Prénom : Tame

Age :     

Tel :     

Mutualiste :     

7 séances

2 fois / semaine

Le : 02/02/21

**CALENDRIER DE SEANCES :**

1<sup>ère</sup> séance 12/01/21

2<sup>ème</sup> séance 15/01/21

3<sup>ème</sup> séance 19/01/21

4<sup>ème</sup> séance 22/01/21

5<sup>ème</sup> séance 26/01/21

6<sup>ème</sup> séance 29/01/21

7<sup>ème</sup> séance 02/02/21

~~8<sup>ème</sup> séance~~

~~9<sup>ème</sup> séance~~

~~10<sup>ème</sup> séance~~

~~11<sup>ème</sup> séance~~

~~12<sup>ème</sup> séance~~

**SAMAH EL BOUKHARI**  
Kinésithérapeute

30, Lot Chabab - Deroua

Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

30 Lotissement Chabab Bb du 11 janvier ( 1<sup>er</sup> étage ) Deroua

Tel : 06 54 52 57 51 / 06 32 89 75 36

N° patente : 55802332 N° Identification Fiscal : 15296163 N° ICE : 000344024000072

**Docteur Abdenbi EL KAMAR**

*Professeur en Neurochirurgie*

Chirurgie du Cerveau

et de la Colonne Vertebrale

الدكتور عبد النبي القمر

أستاذ في جراحة

الدماغ و الأعصاب

والعمود الفقري

28.12.20

Casablanca, le : .....

M. Nasrine Tamo

Reçu en cas de  
faibles résultats  
de l'examen  
12 jan 20

**Pr. Abdenbi EL KAMAR**  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerktouni et Bd. Med  
Ben Abdellah - Casablanca



Cabinet ELBOUKHARI  
de kinésithérapie



Rééducation en :

- Traumatologie
- rhumatologie
- neurologie
- Douleur du dos
- kinésithérapie respiratoire
- Kinésithérapie sportive
- kiné-pré et post partum

Samah EL BOUKHARI  
Kinésithérapeute  
30, Lot. Chabab - Deroua  
Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

30 lotissement Chabab Bd du 11  
janvier (1er étage). Deroua

Tel : 06 54 52 57 51 / 06 32 89 75 36  
N° Patente : 55802332  
N° Identification Fiscal : 15296163  
ICE : 000344024000072

Le 02/02/2021

Facture N° 232/2021

Nom et

prénom : Masnine Tame

Rééducation du :

2 Genoux

Cotation :

A71919

Nombre de séances :

7 séances

Prix

unitaire : 100 DHS

Montant

total : 700 DHS

Arrêter la présente facture à la somme

de Sept cents dirhams

Samah EL BOUKHARI  
Kinésithérapeute  
30, Lot. Chabab - Deroua  
Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36