

## 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

- Reclamation : 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-499092

65156

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4748

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DOUTABAA CHAKIB

Date de naissance :

30-04-56

Adresse :

LOT N°1511 IMM 9 APP 4  
MARRAKECH

Tél. :

0664170568

Total des frais engagés :

1800 MAD

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Salah LASKRI  
RHUMATOLOGUE  
Complexe Habous Imm. 2 N° 5  
Av. Allal El Fassi - Marrakech  
Tel/Fax : 05 24 33 02 09 - WP 07109301

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Mme BOULETTA FATA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

\* Insuffisance cardiaque

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

30/04/21

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
du 10/01/21	continue	opht		INF : 0710930417

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation 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	
	du 4/01/21					
	du 25/01/21		10			1800.00 dh

**NADIA LAMRANI**  
KINESITHERAPEUTE / PHYSIOTHERAPEUTE  
Tél: 07 07 72 00 80  
PC 95916 / IF 1015957  
www.kinephysiomarakech.com

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D G S [Creation, remonte, adjonction] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

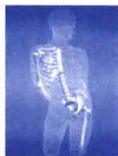
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Cabinet de Rhumatologie

## Docteur Salah LAŞKRI

- Spécialiste en Rhumatologie
- Diplômé de la faculté de médecine de Lille (France)
  - Maladies des os, des articulations, des muscles, du dos (sciatique) et du pied
  - Capillaroscopie - Podologie
- Diplômé en Pathologie Osseuse de la faculté de médecine de Paris
  - Osteoporose ...
- Membre correspondant de la société Française de Rhumatologie
- Ex. Médecin de CHU Lille
- Ancien Rhumatologue à l'hôpital Militaire Avicenne Marrakech
- Kinésithérapie



## الدكتور صالح العسكري

- اختصاصي في علاج «الروماتيزم»
- أمراض العظام، المفاصل والظهر
- خريج كلية الطب بليب (فرنسا)
- مجاز في أمراض العظام من كلية الطب بباريس
- عضو مراسل للجمعية الفرنسية
- للأمراض الروماتيزمية

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بليب
- طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا مراكش

**Salah LASKRI**  
**RHUMATOLOGUE**  
Marrakech - 2 N° 5  
Complexe Habous Imm. 2 N° 5  
Av. Allal El Fassi - Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 33 02 09 - INP 071093017

**Mme BOUCETTA RAJIA**

PRIERE DE FAIRE PRATIQUER 20 SEANCES DE REEDUCATION  
DANS LE CADRE DE LOMBOSCIATIQUE L5 DROITE PARESIANTE  
SUR HD:

- MASSAGES DECONTRACTURANTS.
- PHYSIOTHERAPIE.
- ELECTROTHERAPIE
- REDUIRE LA RAIDEUR ARTICULAIRE DE FACON PROGRESSIVE  
AVEC DES EXERCICES D'ASSOUPPLISSEMENT.
- REDONNER AUX MUSCLES PARAVERTEBRAUX, ABDOMINAUX ET  
PELVIENS LEUR FORCE.
- EVEILLER LA SENSIBILITE PROFONDE A FIN DE CONNAITRE LES  
LIMITES ET PARTICIPER A LA PREVENTION DES RECIDIVES.
- EDUQUER LE MALADE POUR LES GESTES A RISQUE ET LE  
CHOIX DES MEILLEURS POSITIONS.

20 SEANCES A RAISON DE 2 A 3 PAR SEMAINE.

BIEN A VOUS ET MERCI

**Dr. Salah LASKRI**  
**RHUMATOLOGUE**  
Complexe Habous Imm. 2 N° 5  
Av. Allal El Fassi - Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 33 02 09 - INP 071093017

Rendez-vous le

الموعد :

المجمع المعماري السكني والتجاري الأحباس، عمارة 2 رقم 5 شارع علال الفاسي مراكش - الهاتف والفاكس : 05 24 33 02 09  
Complexe Résidentiel et Commercial des Habous Imm. 2 N° 5 Av. Allal El Fassi Marrakech - Tél/Fax : 05 24.33.02.09

NADIA LAMRANI

Kinésithérapeute Physiothérapeute

CAB : 0524430264 TEL : 0661476223

[nadia.reeduc.physio@gmail.com](mailto:nadia.reeduc.physio@gmail.com)

[www.kinephysiomarrakech.com](http://www.kinephysiomarrakech.com)

MARRAKECH le :08/02/2021

FACTURE N°: 1272

PATIENT: Mme BOUCETTA RAJIA

DATES SEANCES	MONTANT
04/01/2021	1800.00 DHS
06/01/2021	
08/01/2021	
11/01/2021	
13/01/2021	
15/01/2021	
18/01/2021	
20/01/2021	
22/01/2021	
25/01/2021	

REEDUCATION FONCTIONNELLE POUR DOS LOMBAIRE ET MEMBRE INFERIEUR DROIT

PHYSIOTHERAPIE ANTALGIQUE / ELECTROMYOSTIMULATION

MASSAGE DECONTRACTURANT / MOBILISATION ACTIVO – PASSIVE

TRAVAIL DE RENFORCEMENT MUSCULAIRE DES PARAVERTEBRAUX ET DES DORSAX  
SUPERIEURS

TRAVAIL DE RENFORCEMENT MUSCULAIRE DE LA SANGLE ABDOMINALE ET DES MEMBRES  
INFERIEURS

MONTANT TOTAL DES 10 SEANCES DE KINESITHERAPIE

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUATRE MILLE DIRHAMS (1800.00 DHS)

83 LOT. SEMLALIA GUELIZ, MARRAKECH

**NADIA LAMRANI**  
KINÉSITHÉRAPEUTE PHYSIOTHÉRAPEUTE  
Tél 07 07 72 00 80  
RC 95916 / IF 40175957  
[www.kinephysiomarrakech.com](http://www.kinephysiomarrakech.com)

RC: 95916 / N°IF 40175957 / TAXE PROFESSIONNELLE: 45308400 / CNSS: 7813761 / ICE 000041774000009