

# 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-601131

69062

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9466

Société : R-A-M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MORCHID

Abdenazak

Date de naissance : 26-12-1969

Adresse : Rue Tunis Immeuble Samira

2<sup>e</sup> étage Apt A Nador

Tél : 0672614770

Total des frais engagés :

12000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : BOUFEDA

TOURIA

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 : Nador

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

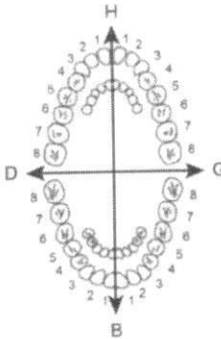
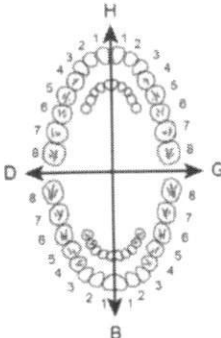
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 AL AMAL Angle Bd Imposition des Ind. Médicales N° 26 - All Calvi - NADOR Tél. 056.33.45.46	31/03/21	12	A ne ny (us + 1/2)			12 x 100 = 1200
	(D.V. : 13/02/21)					
	02/31/03/21					

# 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 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"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Important :**

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.


[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédie

الدكتور حرفاوي عبد النصر

أستاذ

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le : 28/01/2021 في الدار البيضاء

Boffese Touria

Tendin de la Gf de M3

et de la G

12 r de l'endocr

de l'endocr

CENTRE de KINESITHERAPIE

AL AMAL

Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelkhalak Torres

N° 26 - Ali Chikh - NADOR

Fix 056.33.46.46

Dr HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédie  
27, Rue Jalal Eddine Assayouti - Place des Iris Casa  
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 50 54 12



• Le : 31/03/2021

## CALENDRIER

- Les séances de rééducation de M<sup>me</sup> : BOUFEDA TOURIA

Ont été faites selon le calendrier suivant :

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| - 19 / 02 / 2021 | - 10 / 03 / 2021 |
| - 22 / 02 / 2021 | - 12 / 03 / 2021 |
| - 24 / 02 / 2021 | - 17 / 03 / 2021 |
| - 27 / 02 / 2021 | - 19 / 03 / 2021 |
| - 03 / 03 / 2021 | - 26 / 03 / 2021 |
| - 05 / 03 / 2021 | - 31 / 03 / 2021 |

Signé:

CENTRE de KINESITHERAPIE  
AL AMAL  
Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelhak Torres  
N° 26 - Ali Chikh - NADOR  
Fix 056.33.46.46



• Date: 31/03/2021

## NOTE D'HONORAIRES N°: 1654

• Concerne, M<sup>me</sup> : BOUFEDA TOURIA

Nature des soins	Nombre de Séances	Prix Unitaire	Total à Payer
Rééducation de l'épaule gauche	12	100 DH	1200 DH

Séances faites du : 19 / 02 / 2021 Au: 31 / 03 / 2021

Arrêté la présente Note d'honoraire à la somme de: Mille Deux Cents Dirhams

Signé:

CENTRE de KINESITHERAPIE  
AL AMAL  
Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelhak Torres, N° 26 - Ali Chikh - NADOR  
Tél : 05.36.33.46.46 GSM: 06.61.69.72.62 E-mail: farhatecontact@gmail.com  
N° de Patente: 56116211 \* N° I.F: 87860870 \* C.N.S.S: 7015268 - ICE: 000507857000072



Casablanca le 25/01/2021

Médecin Traitant : **PR A. HARFAOUI**

Nom du patient : **MME BOUFEDA TOURIA**

**RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE FACE NEUTRE ET  
ABDUCTION CONTRAIRE**

Respect du cintre gléno-huméral et de l'espace sous-acromial.

Pas de lésion destructive osseuse visible.

Pas de calcification d'insertion tendineuse de la coiffe des rotateurs.

**RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P**

Pas de lésion osseuse vertébrale évolutive.

Ostéophytose débutante sans pincement discal.

Pas de tassement vertébral.

Pas de lyse isthmique ni de spondyloptose.

Pas d'anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée.

Les articulations sacro-iliaques sont normales.

Bien confraternellement à vous.  
DR Y. BENHADDOU

**CASA RADIOLOGIE**  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tel.: 05 22 27 44 27 / 21 77 44 / 66 61 67 46 72

N° Dossier: 59409  
N° Dossier externe: ACC-09466-15/02/2021  
Type de dossier: REEDUCATION  
Bénéficiaire: BOUFEDA TOURIA  
Situation: En attente  
Sous-situation: ---  
Date de début: 15-02-2021  
Date de fin:   
Date de saisie: 15-02-2021  
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
15-02-2021	Manuel	ACC 12 SEANCES KINÉ



Nador, Le : 10/02/2021

## DEVIS N°: 0278

- Concerne, M<sup>me</sup> : BOUFEDA TOURIA
- Pour : 12, Séances de rééducation de l'épaule gauche
- Code : 12 AMM (9 + 5/2)
- Prix unitaire : 100 DH
- Prix total : 1200 DH
- Arrêté le présent devis à la somme de: Mille Deux Cents Dirhams

Signé:

CENTRE de KINÉSITHÉRAPIE  
AL AMAL  
Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelkhalek Torres  
N° 26 - Ali Chikh - NADOR  
Tél : 056.33.46.46

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 10.../02/20.21

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9466 e-mail : ANORCHID@RoyalAirMaroc 0672614770  
Nom et Prénom de l'adhérent : ANORCHID Abdelazak  
Nom et Prénom du bénéficiaire : BOUFEDA TOURTA.

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : FARHATE MOHAMED  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BOUFEDA TOURTA  
Nécessite 12 séances de rééducation de l'épaule gauche  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 12 AMMC 9 + 5

CENTRE de KINESITHERAPIE  
MAMA  
Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelmalek Torres  
N° 28 - Allée CHIKH NADON  
Fix 056 33 46 46

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):

.....  
.....  
.....

Cachet, date et signature du praticien

## 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.