

# 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.

## Éducation :

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913 Société : RAM 65321

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOUAÏSSA Med

Date de naissance : 26/13/51

Adresse : 70 Rue Koutoubia n°11 - 20380 Boufakr

ASBLIRIMA  
Tél. : 0663 760 915

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/3/21

Nom et prénom du malade : FARIA ep. ABOUAÏSSA Age : 65

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Tendinopathie de l'épaule

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 : Conseil

Signature de l'adhérent(e) : Farida

Le : 16/5/2021

## RELEVE 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/5/2021       | S2                |                       |                                 |  <p>DR SIDI ABDELAHMANE CASABLANCA<br/>Appart 3<br/>Ange. Fathia Azzemour<br/>Sidi Abderrahman Casablanca<br/>Tel 0522 99 38 88/95</p> |

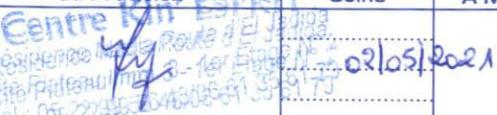
## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

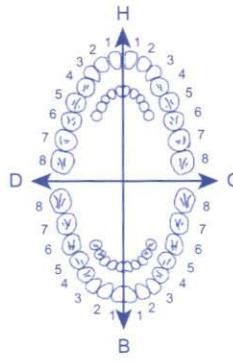
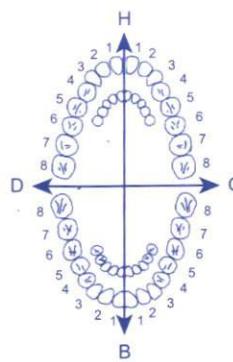
| Cachet et signature du Praticien  | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|   |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|  | 02/05/2021     |        |    |    |    | 10 Seaux<br>15000 Hs            |

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|--|------------------|-------------|------------------------|
|    |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE               |                  |             | MONTANTS DES SOINS     |
|  | H  | 25533412         | 21433552    |                        |
| D   | 00000000   | 00000000         |             |                        |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                        |
|   | 35533411   | 11433553         |             |                        |
| B   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
| [Création, remont, adjonction]  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | DATE DU DEVIS          |
|  | H  | 25533412         | 21433552    |                        |
| D   | 00000000   | 00000000         |             |                        |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                        |
|   | 35533411   | 11433553         |             |                        |
| B   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
|   |  |                  |             |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION      |                  |             | DATE DE L'EXECUTION    |

mail hamid.abouaissa@gmail.com

GSM 0663 760 915



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

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

MLE ~~1993~~ 69/3

Le 28/9/2021

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 6913 e-mail hamid.chevaiissa@... Phones : 0663 760 915

Nom et Prénom de l'adhérent M<sup>ed</sup> ADOUASSO gmac.com

Nom et Prénom du bénéficiaire: Fatma Saadia ep ABOUAISSA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : 

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Apprendre à opérer Aborder Sociale

Nécessite ..... Anglais ..... Arabe ..... Avenue Abderrahman Casablanca

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) K, nomenclature (n° 10)

Un acte coté à la nomenclature (preciser le coefficient)

Tenodera parallela epaulea dark

### 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):

## Tendre pathée de l'épreuve d'écrit

#### Cachet, date et signature du praticien

DR IBN ABBDELLAH H.  
DENTISTE  
CLINIQUE DR. IBN ABBDELLAH  
IBN ABBDELLAH DENTISTE  
Angela Pk 3 Alzernour  
Bvd Sidi Abderahman Casablanca  
TAN 0622 99 38 3895

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

### Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, maillée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



M le

6913

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام والمخاتير

Accord 65321

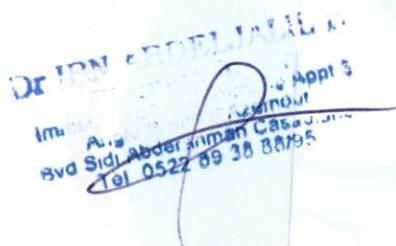
Nom et Prénom : Tarek Faiez ep. Abozaissa  
Casablanca le : 25/3/21 Sidi Abd

Le syndrome de l'espace  
invite

⇒ Kinésithérapie à

base aérobique (US, tapis roulant)  
et mobilisation des décaphtes

Faiez 2 séances / week \* 16



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca  
05 22 89 38 88 /95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Casablanca, le : 20/05/2021

## Calendrier des séances

| <u>Séances</u>           | <u>Date</u> | <u>heure</u> |
|--------------------------|-------------|--------------|
| 1 <sup>ère</sup> Séance  | 02/04/2021  | à 16h30      |
| 2 <sup>ème</sup> Séance  | 05/04/2021  | à 12h30      |
| 3 <sup>ème</sup> Séance  | 09/04/2021  | à 11h00      |
| 4 <sup>ème</sup> Séance  | 12/04/2021  | à 12h00      |
| 5 <sup>ème</sup> Séance  | 16/04/2021  | à 11h00      |
| 6 <sup>ème</sup> Séance  | 19/04/2021  | à 12h00      |
| 7 <sup>ème</sup> Séance  | 23/04/2021  | à 14h00      |
| 8 <sup>ème</sup> Séance  | 26/04/2021  | à 11h00      |
| 9 <sup>ème</sup> Séance  | 30/04/2021  | à 12h00      |
| 10 <sup>ème</sup> Séance | 03/05/2021  | à 11h00      |

Centre Kin'ESPRIT à 11h00

Résidence Nadia, Route d'El Jadida Cité Plateau Imm 3, 1er Etage N° 2  
Cité Plateau Imm 3, 1er Etage N° 2

Tél. : 05 22 89 56 45



## Centre Kin'Esprit

Kinésithérapie. Amincissement. Bien-être

Casablanca le : 02-05-2021

### facture

Numéro de facture : 2021014

Nom / Prénom du patient : Mme Saadia Farid épouse Abouissa

Nom de CIN : B361289

Nom d'assurance : MUPRAS

Nombre de séances : 10 séances

Prix de la séance : 150dhs

Total : 1500 dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cinq cent dirhams

Centre Kin'ESPRIT  
Résidence NADIA, Route d'El Jadida  
Cité Plateau Imm 3 - 1er Etage N°2  
Tél: 05 22 99 45 06 61 33 61 79