

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Educations :

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 canaux, 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 canaux.

## 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° M21- 071946

87970

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELLI HOUSSEINE

Date de naissance : 01-01-1961

Adresse : LES CHABAB ZONE D Imm 9 Apt 17

AIU SEBAA CASAB

Tél : 0661302886 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18-08-2021

Nom et prénom du malade : chelli Housseine Age:

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

Nature de la maladie : Affection rhumatologique

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 : CASAB Le : 18 / 10 / 21

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
18/03/2021	Contrôle		G	

# 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	
	08.10.2021	-	-	-	-	10s x 1200 Dts = 1200 Dts

# 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 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

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, articulations,  
colonne vertébrale et la Goutte  
Echographie ostéo-articulaire  
Rhumatologie interventionnelle



18/08/2021

أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام و المفاصل،  
و الروماتيزم، العمود الفقري،  
الهشاشة و التقرس،  
الفحص بالصدى

Mr. CHELLIQ Houssine

Physiothérapie antalgique  
Puis renforcement des paravertébraux lombaires  
en isométrie  
Etirement des ischio-jambiers

10 séances (2 séances / semaine)

*Handwritten signature: Chelliq Houssine*  
*Handwritten signature: Dr. Jihane Sekkat*  
*Handwritten signature: Jihane Sekkat*

Salma BELLAMINE

KINÉSITHÉRAPEUTE  
Salma Bellamine au centre hospitalier  
de la rééducation et de réadaptation

سلمى بلامين  
مروضة طبية و كينيثراپيوتية

Casablanca le : 08-10-2021

Facture n° 87/2021

Nom du patient : CHELLIG

Prénom : Haoussine

Nom du médecin traitant : Dr. SEKKAT JilHome

Diagnostic : Lombalgie

Nombre des séances prescrites : 10 Séances

Date des soins : —

Montant des séances :  $10 \times 120 \text{ DHS} = 1200 \text{ DHS}$

Arrêter la présente facture à la somme de : 1200 DHS

Nom du kinésithérapeute : Mme Bellamine Salma

Signature

SALMA BELLAMINE  
Kinésithérapeute  
N° de Patente : 30575006  
N° de Carte : 14480173  
N° de Carte : 001748548000074

Résidence Dari's immeuble Fès , 105 appartement n°1 RDC Ain Sebaa (en face de la gare ferroviaire) CASABLANCA.  
N° de patente : 30575006 , IF: 14480173, CNSS : Non affiliée , RS : Kinésithérapeute , ICE: 001 748-548-000074  
Tél : 0522 768 315 / 0639 988 856 , Email : Kinebellamine@gmail.com



CHELIE HOUSSINE  
m<sup>le</sup> 4953

NSR le 11.10.2021

objet : Demande dérogation

Bonjour,

Je soussigne M<sup>re</sup> CHELIE HOUSSINE  
m<sup>le</sup> 4953, que j'ignorais que  
cet acte nécessite un accord  
préalable.

En vous remerciant par avance  
de votre compréhension, que je  
vous prie d'agréer Madame,  
monsieur mes salutations distinguées,

Signature : CHELIE HOUSSINE

