

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.

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° M21- 065478

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0704704 Société : 92964

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : BARANE Abdelhak

Date de naissance : 1/1/47

Adresse : habituelle

Tél. : 066123274 Total des frais engagés : 2400 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : fracture - 1er degré

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute

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 : Casablanca Le : 18/11/17

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
08/11/2022				Dr. Mounsi BIRROUK Chirurgien Orthopédiste Clinique Zerkouni - Casablanca Angle Bds. 9 Avril et Méd. Rodou

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

DEVELOPPER KINE
Quartier des Hôpitaux Rue Abdou
Bakir Mohamed Ben Zouhair
mar 3 Elg 3 - Casablanca

15/12/2022

DEVELOPPER KINE
Quartier des Hôpitaux Rue Abdou
Bakir Mohamed Ben Zouhair
mar 3 Elg 3 - Casablanca

2400,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

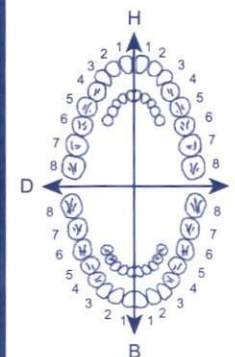
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

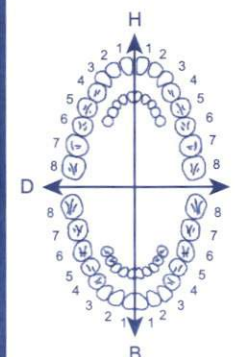
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

N° Dossier: 92964 
N° Dossier externe: ACC-00704-22/11/2021
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: MOUNSIF FATIHA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 22-11-2021 
Date de fin: 
Date de saisie: 22-11-2021
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [ 

Date	Type	Commentaire
23-11-2021	Manuel	REEDUCATION DU POIGNET POST FRACTURE. OK POUR 12 SEANCES



le/...../.....

Tel : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 08/11/21

Mme ROUNSTIF FATIMA

Fracture de l'extrémité distale

de radius opéré
en héfex.

Rx et 15 jours de
recul de l'attelle



DÉVELOPPER KINÉ

KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE



Calendrier des Séances de rééducation

Nom du patient: MAHMOUD FAHRE

N° de séance	Date	N° de séance	Date
Séance N°1	24/12/2022	Séance N°11	13/22/2022
Séance N°2	25/12/2022	Séance N°12	25/22/2021
Séance N°3	26/12/2022	Séance N°13	
Séance N°4	29/12/2022	Séance N°14	
Séance N°5	02/22/2022	Séance N°15	
Séance N°6	03/22/2022	Séance N°16	
Séance N°7	06/22/2022	Séance N°17	
Séance N°8	07/22/2022	Séance N°18	
Séance N°9	09/22/2022	Séance N°19	
Séance N°10	20/22/2022	Séance N°20	

DEVELOPPER KINÉ
Quartier des Harpoux Rue 4
Saxe - Casablanca
Ben Zouh

📍 3 Rue Aboubakr Med' Ibn Zaher Rés, La Tulipe 3ème étage N°7 (à coté de CHU) - Casablanca

☎ 0522 22 48 19

MOUNSIF FATIHA

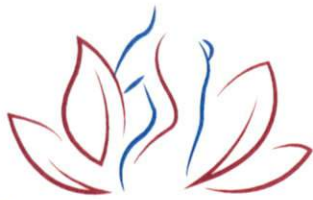
Date : 14/12/2021

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
12	12 séances de rééducation pour fracture du poignet gauche	200	2400

Arrêtée la présente facture à la somme de deux-mille-quatre-cents dirhams.

Signature :

DEVELOPPER KINE
Quartier des Habous, Rue Abou
Baker, 3 Etage 3 - Casablanca



DÉVELOPPER KINÉ

• KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

DEVIS N° 21/2021

MOUNSIF FATIHA

Date : 12/11/2021

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
15	15 séances de rééducations pour fracture de l'extrémité distale du radius gauche	200	3000

Arrêté le présent devis à la somme de **Trois mille Dirhams.**

Signature :

ASMAA ZAHINA
Kinésithérapeute
& Physiothérapeute
Tel. : 05 22 22 49 19
DÉVELOPPER KINÉ
Quartier des Hôpitaux Rue Abou
Saber, Mohamed Ben Zuhre
m. 3 Etg 3 : Casablanca

19 NOV. 2021

📍 3, Rue Aboubakr Med', Ibn Zaher
Rés, La Tulipe 3ème étage N°7
(à coté de CHU)
- Casablanca -

☎ 0522 22 48 19
📞 0766 74 58 77
✉ developperkine01@gmail.com
Ice: 002189667000006

RC: 436399
If: 37546740
N° CNSS: 1573320
Patente: 36365379