

# 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.

## Autres :

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.

## Autres :

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](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- 0037135

104555

ACC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 00782

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAITA Mohammed

Date de naissance :

Adresse : Rue 30 N° 24 HAY ADIL Essablanca

Tél. : 0667 848050

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2022

Nom et prénom du malade : HAITA Mohamed

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Entorse St II cheville Droite + lésion de Rotateur Antérieur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident Amaslipa Doul

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 :

Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

HAITA

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
01/02	CS	1	621	

# 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

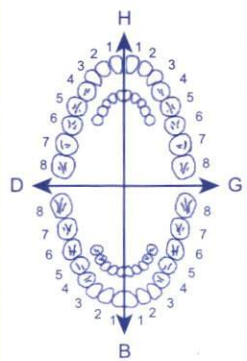
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/02/2022		10 diodes x 2000			2000 DH

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div>			
	<b>B</b>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# ORDONNANCE

Dr Mohammed Lahlou-Amine  
Chirurgie Traumat - Orthopedique  
76, Bd Grande Centure Appt, 116  
Residence Al Khair - Casablanca

Casablanca.....Le : 01/02/2022

MR HAITA Mohamed

Dix séances de physiothérapie Centres Sin  
la Cofe et Rotateurs Droite et Rééducation  
de l'Epaule Droite -

Dr Mohammed Lahlou-Amine  
Chirurgie Traumat - Orthopedique  
76, Bd Grande Centure Appt, 116  
Residence Al Khair - Casablanca

# facture

Casablanca, le 12/03/2022

Nom /prénom : HAITA MOHAMED

Date de prescription : 01/2/2022

Assurance : MUPRAJ

## Soins de rééducation

Rééducation pour : la ceinture des rotateurs

Séances : 10 séances

Honoraires : 2000 DH

Appareillages : \_\_\_\_\_

Montant total : 2000 DH

MELLOUL HAMZA  
KINESITHÉRAPEUTE  
N°TP: 0001490  
ICE: 00203776000009

# Devis

Casablanca, le

15/02/2020

Nom /prénom : HAITA MOHAMMED

Date de prescription : 01/09/2029

Assurance : MUPRAS

## Soins de rééducation

Rééducation pour : *la coiffe des rotateurs*

Séances : 10 séances

Horaires : 200 DHS

Appareillages :

**Montant total :**

2000 DHD

2000 DHS  
MELLOOL HAMZA  
KINESITHERAPEUTE  
N°TP: 5811490  
ICE: 002403776000069



Date	Heure
15/02/2022	.....
17/02/2022	.....
19/02/2022	.....
21/02/2022	.....
23/02/2022	.....
25/02/2022	.....
28/02/2022	.....
02/03/2022	.....
04/03/2022	.....
08/03/2022	.....
.....	.....

Date	Heure
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

MELLOUL HAMZA  
 KINESITHERAPEUTE  
 N°TP: 3501450  
 ICE: 0020277600063

Centre Melloul de  
kinésithérapie

مركز ملول



# للترويض الطبي

Carte de rendez-vous ☎ 06 88 59 12 21

Nom : HAITA  
Prénom : MOHAMED  
Montant : 2000 DHS

Madar Farah Al Salam, Al Azhar Residence,  
Building E No1, Farah Al Salam

مدار فرح السلام اقامة الازهر  
عمارة E رقم 1 فرح السلام