

## 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 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)

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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier  
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° W21-697657

120734

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5318

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Zhan Rachida

Date de naissance : 26/08/62

Adresse : 26 rue El Fausat angle Mustapha El Maani

Tél : 0664 821856

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Mustapha El Maani  
Chirurgie Orthopédique  
& Traumatologie  
05 49 20 20 20 - Casa

Date de consultation : 03/02/2022

Nom et prénom du malade : Zhan Rachida

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie + avec discopathie lombo-sacrée

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

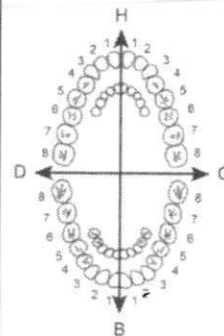
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement d
03/01/1961	5	1	Prescription d Réclamation	INP 1164798

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

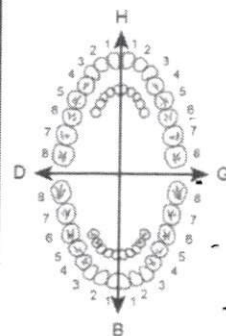
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>Centre DEZZA DE KINESITHERAPE</p> <p>171 Rue Haj Omar Riffi</p> <p>Casablanca</p> <p>tél: 05 22 31 83 59</p>	04/03/22	8				<p>1000,00</p> <p>Dh</p>

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



		H		
	25633412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

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

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Mustapha TRAFEH

Chirurgie Orthopédique Traumatologique  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
EX. chef de service de Chirurgie Orthopédique  
Et Traumatologique P32  
CHU Ibn Rochd Casablanca



## الدكتور مصطفى ترافح

جراحة العظام و المفاصل  
استاد سابق بكلية الطب الدار البيضاء  
رئيس سابق لقسم جراحة العظام و المفاصل  
بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

Casablanca le : .....

CASABLANCA LE : 03/02/2022

NOM ET PRENOM : ZHAR Rachida

DIAGNOSTIC : lombalgies avec discopathie  
étage

### REEDUCATION KINESITHERAPIE DU RACHIS

#### LOMBAIRE :

- ✓ TONIFIER LES MUSCLES SPINAUX  
ABDOMINAUX.
- ✓ CORRIGER LA LORDOSE.
- ✓ RENFORCER LES MUSCLES FESSIERS ET  
LES MUSCLES QUADRICEPS.

NOMBRES DE SEANCES : 10

Dr. Mustapha TRAFEH  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologique  
18, Rue Bruxelles, 2 Mars - Casablanca  
Tél : 05 22 82 20 42 - E-mail : trafehm@hotmail.com



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE  
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport  
Traitement de la douleur

**Abderrahim DEZZAZ**

Professeur Agrégé en Physiothérapie  
Diplômé de l'Université de Bruxelles

SARL au Capital de	500.000,00 DH
RC	423525
AUTORISATION N°	5113 du 10/07/2017
PATENTE N°	34257424
IF	33632533
ICE	002182423000042
CNSS	1362804

**ZHAR RACHIDA**

CASABLANCA

Facture N°	Date	Patient	Assurance Patient
FA22/0036	07/03/2022	0915	MUPRAS

Quantité	Désignation	P.U. HT	Montant HT
5	Séance de kinésithérapie AMM10 + AMM10/2 + IR x 0,75	200,00	1 000,00

**NET A PAYER**

1 000,00

Arrêté la présente Facture à la Somme de

mille Dhs

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE  
171 Rue Hadj Omar Riffi  
Casablanca  
Tél: 06 22 31 83 59



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE  
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport  
Traitement de la douleur

**Abderrahim DEZZAZ**

Professeur Agrégé en Physiothérapie  
Diplômé de l'Université de Bruxelles

Calendrier des séances de kinésithérapie

	DATE SEANCE	NOM ET PRENOM
1	10/02/2022	ZHAR RACHIDA
2	17/02/2022	ZHAR RACHIDA
3	23/02/2022	ZHAR RACHIDA
4	03/03/2022	ZHAR RACHIDA
5	07/03/2022	ZHAR RACHIDA
6		
7		
8		
9		
10		

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE  
171 Rue Hadj Omar Riffi  
Casablanca  
Tél: 05 22 31 83 59