

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-696848

107796

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11692

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMROUANI Ibtan'D

Date de naissance : 06/03/1975

Adresse : Dissen Wc M T M 182 3872 ou 18

Tél. : 0666061977

Total des frais engagés : 2250 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/2022

Nom et prénom du malade : MAROUANE AMROUANI

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

Nature de la maladie : Affection longue durée (S. B. G.)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute propre de chez lui

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 : 07/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

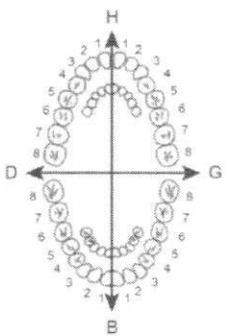
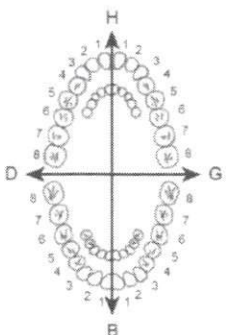


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/04/22	C			INP : 09116754

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 Médecin	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre Paris de Rénodermatologie Dr. M. de Rénodermatologie Quai de la Seine 27 N° 23-25 Hôpital Orléans Casablanca Tel 0522 83 10 17	07/04/22		156	164		225

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 l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

**Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA**  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- \* Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- \* Ancien Interne des Hôpitaux de France
- \* Ancien Praticien en Belgique
- \* Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- \* Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- \* Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- \* Chirurgie de la Main et Pied
- \* Chirurgie Arthroscopique



**الدكتور عبد الرحمان أبو شامة**  
إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- \* شهادة من جامعة لوفان ببروكسيل
- \* طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- \* ممارس سابق ببلجيكا
- \* دبلوم في الطب الرياضي والإصابات برنس
- \* الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- \* جراحة الكسور والروماتيزم
- \* جراحة العمود الفقري
- \* جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : 07/02/2022 : الدار البيضاء، في :

MAROUANE AMROULLAH

دكتور نادر بن عبد الله

Br 2

70% = (Pain flum + malin  
(J.S + retraction TS flum)  
- Douleur de Propriocept.  
de chevilles

- traitement de correction de la plante  
de pied (Refaçon de moelles  
de la voute plantaire).

- Repetitive Legenden
- pro pro egi for
- Refiner
  - Qualitäts
  - Centros perline
  - Rotator ext de
  - herche
  - Tinkler port
- Etienne moulvi
- Tanka / ciss

Deutsche Akademie  
 Kunst und Kultur  
 Tel: 030 240 10 01 - 030 240 10 02  
 Fax: 030 240 10 03  
 174316

066606 1777





# Centre FARIS de Kinésithérapie

## مركز فارس للترويض الطبي

**Madiha Faris**

**Kinésithérapeute & Physiothérapeute**

Casablanca le , 18/04/2022

### Facture

Centre Faris de Kinésithérapie  
& la Médecine des Ventouses  
Bd. Oued Beht Rue 92 N° 23-26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tél 0522 93 10 17

La somme de : 158 x 150 dh = 22500 dh

Pour une série de : 15 Séances de : 150 dh

pour la suite des séances de kiné,

Physiothérapie antalgique, mobilisation

articulaire, enfant, Rsi

Adressé (e) à : Enfant Marciane Amrouh

Période : Du ..... Au .....

Sur ordonnance du docteur : D<sup>r</sup> H. Selmane A. Selmane

M. FARIS  
Centre Faris de Kinésithérapie  
& la Médecine des Ventouses  
Bd. Oued Beht Rue 92 N° 23-26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tél 0522 93 10 17



