

# 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 042283

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6497 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARSOUS Said

Date de naissance : 03/08/1961

Adresse : Tassin 2 Rue N° 4 N° 89 B enechid

Tél. : 0668021309 Total des frais engagés : 2887,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur A. REFASS**  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE  
PEDIATRIQUE  
Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
ICE: 001679391000063 - INPE: 091119495

Date de consultation : 14 AVR 2022

Nom et prénom du malade : KARSOUS YAHYA Age :

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

Nature de la maladie : cyphose thoracique

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 : B enechid Le : 31/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : K

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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 Praticien attestant le Prélèvement des honoraires
4 AVR. 2022		63	300,00	

**Professeur A. BÉPASS**  
**TRAUMATO-ORTHODONTIE**  
**PÉDIATRIQUE**  
 Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
 ICE: 001679391000063 INPE: 091119495

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie ALAFAD  
 1.3.8 Rue de l'Abou Mad  
 - BERRECHID -  
 Tel.: 0522 33 64 01

187,00

# 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

du 16/04/2022  
 au 30/05/2022

24000H

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td>H</td><td>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>B</td><td>B</td></tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca

## ORDONNANCE

Nom & Prénom : KARSOUS Yahya

187,00

*Addax émulsion réparatrice*  
*3 applications/jour*

187,00



Pharmacie ALAFAQ  
13.5 Rue Ibn Abou Madi  
- BERRECHID  
Tel.: 0522 38 64 01

*Signé : Pr. A. REFASS*

**Professeur A. REFASS**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDIE**  
**PEDIATRIQUE**

Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
ICE: 001679391000063 INPE: 091119495

**Cabinet:** 1, rue des Ibis, angle Bd Abderrahim Bouabid, Oasis - Casablanca - Tél.: 0522.942.009

Gsm: 0661.160.202 - e-mail: a.refass@gmail.com

**Clinique:** 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél.: 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax: 0522.235.028





الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

14 Avril 2022

Casablanca, le : 14 AVR. 2022

**Nom et Prénom** KARSOUS Yahya

**Diagnostic** : Cyphose

**Acte** : Kinésithérapie.

**Nombre de séances** : 20.

**Signé : Pr. A. REFASS**

**Professeur A. REFASS**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDIE**  
**PEDIATRIQUE**  
Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
ICE: 001679391000063 - INPE: 091119495

**Cabinet:** 1, rue des Ibis, angle Bd Abderrahim Bouabid, Oasis - Casablanca - Tél.: 0522.94.20.00 - Fax: 0522.25.95.98

Gsm : 0661.160.202 - e-mail : a.refass@gmail.com

**Clinique:** 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél.: 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax: 0522.235.028





**LOUBNA**

Facture

Facture N° :	0005/2022	Patient : Karssous Yahya
Date :	30/05/2022	

Nombre de séances	Date de début	Date de fin	Tarif/ séance	Total
Vingt (20)	16/04/2022	30/05/2022	1200H	24000H

Arrêté la présente facture à la somme de : Deux mille quatre cents dirhams

**CENTRE AL NOOR**  
**LOUBNA JARI**  
kinésithérapeute  
GSM: 06 66 25 40 20  
Tél: 05 22 03 98 45

CENTRE AL NOOR

DE KINESITHERAPIE & PHYSIOTHERAPIE



مركز النور

للترويض الطبي والعلاج الفيزيائي

LOUBNA

DEVIS

Devis N° : 0007/2022		Patient : Karsoeur Yahya
Date : 16/04/2022		

Nombre de séances	Date de début	Date de fin	Tarif/ séance	Total
vingt (20)			12000	240000

Arrêté le présent devis à la somme de : Deux Mille quatre cents dirhams

CENTRE AL NOOR

Loubna JARI

kinesithérapeute

GSM: 06 66 25 40 20

Tel: 05 22 03 98 45

55 passage 2 Bd Mohamed Smiha tissir 2 Berrechid

06 66 25 40 20



05 22 03 98 45

IF : 51767195 -- TP : 40704790 -- ICE : 003026762000023



CENTRE AL NOOR

DE KINESITHERAPIE & PHYSIOTHERAPIE



مركز النور

للترويض الطبي والعلاج الفيزيائي

LOUBNA

## Calendrier des séances

Date : 30/05/2022

Patient : Karroum Yahya

séance	Date séance
• Séance 1	16/04/2022
• Séance 2	18/04/2022
• Séance 3	20/04/2022
• Séance 4	23/04/2022
• Séance 5	25/04/2022
• Séance 6	27/04/2022
• Séance 7	29/04/2022
• Séance 8	03/05/2022
• Séance 9	05/05/2022
• Séance 10	07/05/2022
• Séance 11	09/05/2022
• Séance 12	11/05/2022
• Séance 13	13/05/2022
• Séance 14	15/05/2022
• Séance 15	20/05/2022
• Séance 16	21/05/2022
• Séance 17	23/05/2022
• Séance 18	25/05/2022
• Séance 19	28/05/2022
• Séance 20	30/05/2022

CENTRE AL NOOR  
LOUBNA  
KINESITHERAPIE  
09M:00 66 25 40 20  
Tel: 05 22 03 98 45

55 passage 2 Bd Mohamed Smiha tissir 2 Berrechid

06 66 25 40 20



05 22 03 98 45

IF : 51767195 -- TP : 40704790 -- ICE : 003026762000023