

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- N° 003802

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4273 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HANI Fatima  
 Date de naissance : 1-7-1951  
 Adresse : 128, Abbaoui Bzouq. Tanao  
 Tél. : 00194827 Total des frais engagés : 1950 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur Benbouazza Karima**  
 Rhumatologue - Podologue  
 Appt. N° 10, Agdal - Rabat  
 Tél.: 05 37 67 23 67  
 INP : 101123420  
 ICE : 001748754000041  
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **Rhumatisme chronique**  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
 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 21/1/22  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

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
31/01/2022				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSE - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

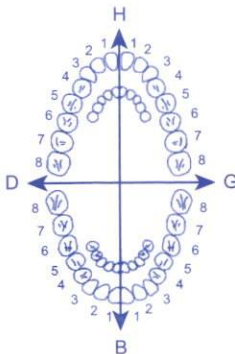
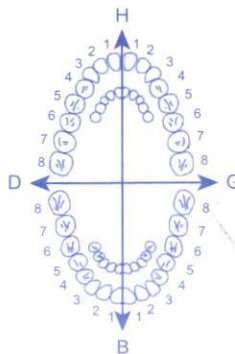
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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 <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Souad EL BAADDIOUI**

Kinésithérapeute  
Physiothérapeute  
Diplômée de l'institut supérieur  
paramédical - Rabat



**CENTRE  
KINE-SIA**

**سعاد الباعديوي**

أخصائية في الترويض الطبي  
خريجة المعهد العالي  
الشبه طبي  
بالرباط

IF N° : 37704795 - ICE : 002326691000035

Témara le : 07.06.2022 : تمارة في

Facture N° : 01.

Nom de Patient : FATIMA EL HANI

Diagnostic : Cervicarthrose + Dorsalgies

Nombre de Séance : 15 Séances

Prix de la Séance : 130 Dh

Total à payer : 1950 Dh

Dates des Séances :

06.05.2022 18.05.2022 30.05.2022  
09.05.2022 20.05.2022 01.06.2022  
11.05.2022 23.05.2022 03.06.2022  
13.05.2022 25.05.2022 06.06.2022  
16.05.2022 27.05.2022 07.06.2022

Kinésithérapeute-Physiothérapeute  
Souad EL BAADDIOUI

26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II, Témara Centre / Prés du Crédit Agricole

( قرب القرض الفلاحي ) تمارة المركز - الحسن الثاني

Fix : 05.37.64.39.15 / Tél : 06.60.80.18.78



**Souad EL BAADDIOUI**

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômée de L'institut supérieur  
paramédical - Rabat



CENTRE  
KINE-SIA

**سعاد الباعديوي**

أخصائية في الترويض الطبي

خريجة المعهد العالي الشبه

طبي بالرباط

IF N° : 37704795 - ICE N° : 002326691000035

Témara le : 15.04.2022 : تمارة في :

Devis N° 01

Nom de Patient : FÁTIMA EL HANI

Diagnostic : Cervicarthrose + dorsalgies

Nombre de Séance : 15 séances

Prix de la Séance : 130 DR

Total à payer : 1950 DR

15.04.22	27.04.22	09.05.22
18.04.22	29.04.22	11.05.22
20.04.22	02.05.22	13.05.22
22.04.22	04.05.22	16.05.22
25.04.22	06.05.22	18.05.22

Kinésithérapeute-Physiothérapeute  
Souad EL BAADDIOUI  
Fix: 05 37 64 39 15 - Tél: 06 99 18 80 18 78  
26, Rue d'Iran, Hassan II  
Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II, Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

26, زنقة إيران, شارع الحسن الثاني - تمارة المركز (قرب القرض الفلاحي)

Fix : 15 39 64 37 05 Tél : 78 18 80 60 06

# Dr. Benbouazza Karima

## Professeur en Rhumatologie

الدكتورة كريمة بنبوعزة  
أستاذة أمراض العظام والمفاصل والأوتار والعمود الفقري

Professeur de Rhumatologie ( Faculté de Médecine de Rabat )  
Spécialiste des maladies des Os - Articulations -  
Rachis - Tendons - Muscles - Pieds  
Maîtrise de Médecine Interne (Faculté de Médecine de Rabat)  
Diplôme d'échographie appliquée à la rhumatologie (Paris)  
Diplôme des maladies Osseuses (paris)  
Diplôme de podologie (paris)  
Master Médecine Physique et Réhabilitation (Italie - Maroc - France)

أستاذة أمراض الروماتيزم (كلية الطب بالرباط)  
مديرة سابقا بمستشفى العياشي بسلا  
أستاذة مساعدة في الطب الباطني (كلية الطب بالرباط)  
دبلوم التشخيص بالصدى في مجال أمراض الروماتيزم (باريس)  
دبلوم أمراض العظام (باريس)  
دبلوم أمراض الأرجل (باريس)  
ماستير الطب الفيزيائي (إيطاليا - المغرب - فرنسا)

Rabat, le 30/11/2022  
Madame Fatima EL HANI

BINTBOUCHAI

### Indication : cervicarthrose + dorsalgies

Faire pratiquer par un kinésithérapeute de 15 séances de  
REEDUCATION CERVICO-DORSALE à raison de 2 à 3  
séances par semaine avec :

- Massages doux et chaleur trapézo-cervicale et spinaux dorsaux
- Renforcement musculaire par contractions isométriques contre résistance manuelle, en infra-douloureux
- PAS de manipulation
- Reprogrammation musculaire par rééducation oculo-céphalogyre

Le 31 / 1 / 2022

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule : 2373	N° de poste : .....
Nom et Prénom de adhérent : EL HADJI Falem	N° Tél. bureau : .....
Nom et Prénom du bénéficiaire : moi même	N° Tél. domicile : .....
A remplir par le praticien	
Je soussigné : .....	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M .....	
Nécessite .....	
Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....	
Une hospitalisation de : (Approximatif) .....	
A : (préciser l'établissement hospitalier) .....	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Daleu suffrag + Atreue	
+ Cemi couthnose	
Cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision : .....	

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Tel: 05-22-22-78-15 fax 05-22-22-78-18