

## 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 Alaj Ben Abdellah - 6ème Etage Angie 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° W21-699995

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1933**

Matricule : **1933** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **EL MAZANI MUSTAPHA**

Date de naissance : **19/04/52**

Adresse : **LOT RAHME N°21 Adi Naam**

Tél : **0661106716** Total des frais engagés : **1500,0** Dhs

### Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

**Docteur Boutayna EL AZIFI**  
**RHUMATOLOGUE**  
**Sidi Maarouf - Casablanca**  
**Tél: 05 22 58 19 56 / 06 92 42 34 52**  
**Tél: 06 31 103 / 2022**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**SKALI LAMI Raja**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **23/06/22**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

24 JUIN 2022



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
26/03/22	CT		INP : 094465936

EXÉCUTION 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 Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>KINELIFE</b> Soins AGAJA: Kinésithérapeute Lot Sidi Madrouf - Caid Sidi Madrouf - Caid Tel: 0422700364 - 0689911772	24/05/22					150 x 10
	23/06/22					= 1500

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 canalaires, 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"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10000000</td> <td>10000000</td> </tr> <tr> <td>10000000</td> <td>10000000</td> </tr> <tr> <td>10000000</td> <td>10000000</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G										
	10000000	10000000										
	10000000	10000000										
	10000000	10000000										
	(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



## ***Cabinet de Rhumatologie*** ***Dr Boutayna EL AZIFI***

**Casablanca le:26/03/2022**

**Patient:Mme SKALI LAMI Raja**

### **Dorsalgie**

- **Physiothérapie antalgique (ultrasons, électrothérapie)**
- **Massage profond décontracturant des muscles para vertébraux**
- **Renforcement musculaire des paravertébraux lombaire et de la ceinture abdominale.**
- **Assouplissement de la chaine musculaire postérieure.**

**10 séances (2 fois par semaine)**

**KINELIFE**  
Sofia AGAJA: Kinésithérapeute  
Lot Salima 2-Rue 13-Magasin-N.13  
Sidi Maarouf, Casablanca  
Tél 0522780344 - GSM 0689911782

الطبيبة بونتنا العزيفي  
Docteur Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maarouf, Casablanca  
Tél: 05 22 58 19 56/06 02 43 34 52

## CALENDRIER DE LA FACTURE

Nom et prénom du patient : Mme SKALI LAMI Raja  
Nombre de séances : 10 séances

DATES	N. de séances réalisées	Honoraire en DH
24/05/2022	1	150
27/05/2022	1	150
31/05/2022	1	150
03/06/2022	1	150
06/06/2022	1	150
09/06/2022	1	150
14/06/2022	1	150
16/06/2022	1	150
21/06/2022	1	150
23/06/2022	1	150
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>1500</b>

**Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

Signé :

**KINELIFE**  
Sofia AGAJA: Kinésithérapeute  
Lot Salama 2 Rue 15 Magasin N 13  
Sidi Maarouf Casablanca  
TM 0522780344 - GEM 0689911782

Lot Salama 2 Rue 15 Magasin N 13  
Sidi Maarouf

0522780344 / 0689911782

kinelife.centre@gmail.com

Patente : 36191757  
IF : 20728474  
CNSS : 5325841  
ICE : 001859630000003



**Casablanca le : 23/06/2022**

**Facture N°0182022**

Nom et prénom du patient : Mme SKALI LAMI Raja  
Nom du médecin traitant : Dr Boutayna EL AZIFI  
Diagnostic : Dorsalgie  
Nombre de séances réalisées : 10 Séances  
Montant des séances : 1500 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENT  
DIRHAMS**

**Signé :**

**KINELIFE**  
Sofia AGAJA: Kinésithérapeute  
Lot Salama 2, Rue 15-Magasin N 13  
Sidi Maarouf Casablanca  
Tél 0522780344 - GSM 0689911782