

## 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

- 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 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-721052

132226

pan  
cours

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1818 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : ABDEL DOUROUT AHMED  
Date de naissance : 21/06/1981  
Adresse : SOLOMANI 1572 BIRJOL  
Tél : 0662 404143 0662 353243 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : 12/08/2022

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										
				INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

[illegible][illegible]

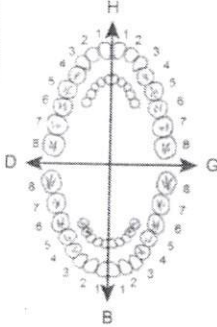
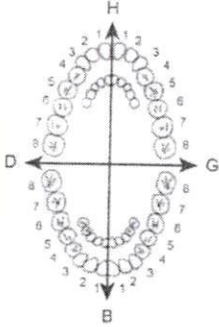
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <p> <b>ريم الشقوري</b>  <b>RIM CHAQOURI</b>                      Physio - Kinésithérapie                      Masadra N°260 - Marrakech                      Tél: 05 24 48 11 11 - Gsm : 06 39 70 90 90                 </p>	Du 27/06/2022 Au 27/08/2022	15 Sances				15x100.00 DH = 1500.00 DH

# 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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hicham ABOUTAYEB

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

Ancien Cardiologue à l'hôpital Militaire  
ECG - Echo - Doppler couleur - Cardiaque  
et vasculaire  
Holter tensionnel et Rythmique  
Epreuve d'effort



الدكتور هشام أبوطيب

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
تخطيط القلب، الفحص بالصدى والدوبلر  
تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي

Marrakech, le : 23 JUIN 2022 : مراکش، في :

✓

ABU BEN NAJIB ALI

71 ans.

ACD - HTA  
- Mobit -

Chap - Hémiparésie et Aphasie

Kinésithérapie (15 séances)

الدكتور هشام أبوطيب  
Dr. Hicham ABOUTAYEB  
CARDIOLOGUE

9, Rue Imam Malek, Résidence Al Masjid, 1er Etage App. 24 (à côté de la mosquée) - Guéliz  
Marrakech - Tél. : 05 24 43 08 15 - E-mail : hichamaboutayeb@hotmail.com

CENTRE AL CHIFAE  
DE KINÉSITHÉRAPIE  
PHYSIOTHÉRAPIE



مركز الشفاء  
للترخيص الطبي  
والعلاج الطبيعي

RIM CHAQOURI

ريم الشقوري

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Marrakech : 12/08/2022

Facture N° : 15 / 22

Patient : Mr ABou EL mouROU Ahmed

ريم الشقوري  
RIM CHAQOURI  
Physio - Kinésithérapie  
Massira 1, D N°260 - Marrakech  
Tél: 05 24 49 81 71 - Gsm : 06 39 70 90 50

Soins	NOMBER DE SEANCES	P.U	TOTAL
AMM 9+2 AMM 3	15	100,00DH	1500,00DH

Cette facture est arrêté à la somme de : Mille Cinq Cent Dirhams

Massira 1, D N°260-Marrakech- Tél : 05 24 49 81 71- GSM :06 39 70 90 50

E-mail : chaqouri.rim@gmail.com

IF : 15283731- patente : 46276504

ICE : 001852222000005

[illegible]

Date	Heure	Réglement
27/06/2022	16h00	100,00
29/06	16h00	100,00
01/07	16h00	100,00
06/07	16h00	100,00
08/07	16h00	100,00
12/07	16h00	100,00
15/07	16h00	100,00
25/07	16h00	100,00
27/07	16h00	100,00
30/07	16h00	100,00
02/08	16h30	100,00



**مركز الشفاء  
للترويض الطبي  
والعلاج الطبيعي**

**ريم الشقوري** / **RIM CHAQUORI**  
 أخصائية في الترويض الطبي والعلاج الطبيعي  
 للأطفال و الكبار

## بطاقة المواعيد


Mr. ABDEL MAHMOUD ..... السيد  
Ahmed

المسيرة 1 حرف د رقم 260 - (قرب مصحة مراكش المسيرة) - مراكش  
Tél. : 05 24 49 81 71  
E-mail : chaqouri.rim@gmail.com

[illegible]

N° Dossier: 124070   
N° Dossier externe: ACC-01818-28/07/2022  
Type de dossier: REEDUCATION ▼  
Bénéficiaire: ABOUELMOUROUA AHMED  
Situation: En attente ▼  
Sous-situation: --- ▼  
Date de début: 28-07-2022   
Date de fin: 28-07-2022   
Date de saisie: 28-07-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
29-07-2022	Manuel	15 SEA2NCES REEDUCATION OK



<b>Je soussigné(e),</b>	<b>أنا الموقع (ة) (أسفله)،</b>
Nom : <b>ABOUEL TIOUROUA</b>	الاسم العائلي: <b>أبو العروبة</b>
Prénom : <b>ANTHIE D</b>	الاسم الشخصي: <b>أنثي د</b>
Matricule : <b>1818</b>	رقم التسجيل: <b>1818</b>
Numéro de feuille de soins :	رقم ورقة التعويض عن المرض:
Motif dérogation : <b>Senance Rééducation</b>	سبب الطلب:
<p><b>Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>ARTICLE 23.1 (accord préalable)</b> L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale : <ul style="list-style-type: none"> <li>Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ;</li> <li>Les séjours en maison de repos ;</li> <li>Les interventions chirurgicales ;</li> <li>Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ;</li> <li>L'orthopédie ;</li> <li>La rééducation ;</li> <li>Les cures thermales ;</li> <li>La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ;</li> <li>La procréation ;</li> <li>Les lentilles optiques ;</li> <li>Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ;</li> </ul> </li> <li>Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ;</li> <li>Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affection Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical.</li> </ul> <p><b>ARTICLE 25 (feuille de soins maladie)</b> Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.</p>	<p><b>أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة المادة 23.1. (طلب الموافقة القبليّة)</b></p> <p>من الواجب على المنخرط طلب الموافقة القبليّة بموجب وصف طبي في الحالات التالية:</p> <p>الاستشفاء في المغرب أو خارج المغرب في العيادة، المستشفى أو المرافق الصحية</p> <p>الاستشفاء في المنزل</p> <p>لتدخلات الجراحية</p> <p>تركيب وتقويم الأسنان للفكين</p> <p>طب العظام</p> <p>الترويض الطبي</p> <p>العلاج الحراري.</p> <p>علم امراض النطق والامراض النفسية.</p> <p>الانجاب</p> <p>العدسات البصرية.</p> <p>رعاية المعاقين جسديا وعقليا.</p> <p>التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتكررة في عدة حصص التي تشمل تدخل أو أكثر في إطار وقت محدد.</p> <p>امراض الأورام، امراض الدم، الصبغة والامراض المزمنة التعااضدية تتولى تسديد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية</p> <p><b>المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض)</b></p> <p>يتم تحديد صلاحيتها ب 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض</p>

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : ..... في التاريخ  
A : ..... في  
Signature (lu et approuvé\*) ..... التوقيع

**MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER**

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 09-08 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية.

**\*La mention lu et approuvé est obligatoire pour l'étude du dossier**

السيدة تزربة أمينة  
زوجة أبو المروعة أحمد  
رقم 1818  
أستور رقم 1572  
مراكش المغرب

السيدة  
NUPPAS  
Casa Blanca. Maroc.

يسرني أنا السيدة تزربة أمينة  
زوجة السيد أحمد أبو المروعة 1818 أن  
أخبركم بأني لست بخير كما أورات زوجي  
وأني لا أعرف بشأن الترويض ولهذا أرجو  
من سيادتكم تقبل اعتذار لسوء فطري  
للمتجوزين المرحومين الخاصة بزوجي  
وتقبلوا مني فداق الاحسان والتقدير  
تدريه أمينة