

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



**MUPRAS**

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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0011630

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole 2579

Société RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAISSA Ahmed

Date de naissance : 01 04 1943

Adresse : habtuelle

Tél. 06 71 99 70 04

Total des frais engagés : 846,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05.07.2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Abdelhakim*

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 : Casablanca

Le : 27/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*Abdelhakim*

### RELEVE 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
08/07/2022		5		6

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICOAUX

Cachet et signature du Médecin		Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	M	A	
INPE	INPE	INPE	INPE	161:06 62 014164

### RELEVE 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 canalaire, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

**Docteur Karim EZAIKI**

**Chirurgien - Traumatologue - Orthopediste**

Ex- chirurgien au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Ex-Chirurgien au CHR Mohamed 5 -casablanca



**الدكتور كريم الزايدى**

أخصائى فى جراحة و تقويم العظام و المفاصل

جراح سابق بالمستشفى الجامعى ابن رشد الدار البيضاء

جراح سابق بالمستشفى الجهوى محمد الخامس الدار البيضاء

Casablanca , le:

05/07/2022

## **LETTRE DE REEDUCATION**

*Cher Confrère :*

Je Vous adresse Mr/Mme :

Qui Présente :

Traité par :

Pour Rééducation Fonctionnelle :

Nombre De Séances :

OBSERVATIONS :

MOBILISATION ARTICULAIRE

RENFORCEMENT MUSCULAIRE

PHYSIOTHERAPIE

CRYOTHERAPIE

M.P. T

RECUPERER AMPLITUDES ARTICULAIRES

DRAINAGE

GAINAGE

AUTRES



141, Angle Bd. Oum Rabiaa Et Bd. Zoubir du Bd .HH24 - Lot. Moulay Thami, Rond-point Georges,  
1<sup>er</sup> Etage -Appt . 5 Et Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 90 90 42 - GSM / 06 49 49 49 42 -Email : Dr.ezaidi@gmail.com - Inpe : 091216432



## CABINET EL YAGOUBI DE KINESITHERAPIE ET PHYSIOTHERAPIE

### Facture N°4 :

Casablanca : 05/10/2022

Nom : Mr BENAISSE Ahmed

Ville : CASABLANCA, MAROC

Assurance: MUPRAS

Pathologie : Dorso -lombalgie

Médecin traitant : Dr.EZAIDI Karim

Séances	Prix unitaire	Montant total
07 Séances	120DHR	840 DHR

Cette facture présente un montant total de huit cent quarante dirhams

CABINET EL YAGOUBI DE KINESITHERAPIE ET PHYSIOTHERAPIE  
Boulevard Moulouya-Immeuble 10\11,1er étage Bureau N°3-OULFA-Casablanca – GSM :  
0662014164 – Email: nissrineelyagoubi@gmail.com  
Patente: 34103681 - ICE: 003050020000035 - IF: 52506861 - INPE: 065037921 –CNSS: 4292947-RC:  
549353

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..... / ..... /20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2579 e-mail : albenissa4@gmail.com Phones : 0671927004/0646113948

Nom et Prénom de l'adhérent : BENAISSA AHMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : 11 101

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Docteur Kader BENAISSA

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Benaissa Ahmed

Nécessite 10 jours pour la chirurgie.

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) .....

A (préciser l'établissement hospitalier) .....

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Promisciatomy chirurgie.

Cachet, date et signature du praticien

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Ahmed Benissa  
Pensionné MUPRAS  
N° 2579

Casablanca le 13-10-2022

Bureau de la Gestion MUPRAS

Objet: Tentative d'explication  
sur la nécessité de changer  
de type de rééducation.

La nature de la douleur siègeant uniquement dans deux types de muscles - les grands fessiers et les ischiojambiers. - il a toujours semblé évident que cette douleur était de nature purement musculaire.

Un premier passage à ce sujet chez le traumatologue conclut à la nécessité d'en passer pas 12 séances d'une rééducation telle qu' précisée dans le document I copie jointe.

Seulement quelques séances plus tard, il s'est avéré que la douleur est toujours là.

Le cardiologue (18.7.2022) informé et vivement prié de me proposer une forme quelconque d'anti-inflammatoire pour mieux combattre la douleur est tout à fait formel : tant que je suis sous traitement (& mois) par Plavix et Cardio Aspirine, il ne peut être question d'anti-inflammatoire.

C'est comme cela que l'idée de voir si cette douleur peut avoir une origine neurologique s'est imposée.

La neurologue s'étant assurée de cette origine neurologique me dirige vers une consultation de Médecine Physique laquelle ajoute ~~ajoute~~ au traitement médical de la neurologue ajoute 15 séances d'un autre type de kinésithérapie telle que précisée sur le document II dont copie jointe ci-joint pour accès.

Ceci étant précisé je me tiens à votre disposition pour toute clarification éventuelle.

J' vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Ahmed Benissa

DATE	HEURE
------	-------

25/10/2008	09h01
------------	-------

25/10/2008	09h01
------------	-------

25/10/2008	09h01
------------	-------

03/11/2008	09h01
------------	-------

03/11/2008	09h01
------------	-------

08/11/2008	09h01
------------	-------

10/11/2008	09h01
------------	-------

TEL : 06 62 01 41 64

APPEL TÉLESTHÉRAPIE ASTIBLANCA

MARJORY VAN DER STERRE TÉLÉSTHÉRAPIE

19 AVENUE DE LA MÉDÉCINE 75013 PARIS

CABINET EL YAGOUBI D.

CLINIQUE DE THÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

14 RUE DES GRANDES ARCS 75013 PARIS

DATE	HEURE
------	-------

INSTITUT EL YAGOUBI  
CLINIQUE DE THÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE  
14 RUE DES GRANDES ARCS 75013 PARIS  
TÉL : 06 62 01 41 64  
APPEL TÉLESTHÉRAPIE ASTIBLANCA  
MARIJO VAN DER STERRE TÉLÉSTHÉRAPIE



KINESITHERAPEUTE  
ELYAGOUBI NISSRINE

TEL : 06 62 01 41 64

Office 10-11 Bd. Moulouya  
Oulfa - Immeuble Marjane  
Market 1er Etage , Appt N°3,  
Casablanca

*Mme BEN Aissa Ahmed*

Prochain rendez-vous est fixé  
le ..... 