

## 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0051045

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9424 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Joum: EXRAHIM

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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 : .....

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0051045

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-713982

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9024 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TOUMI BENJELLOUN IBRAHIM

Date de naissance : 13/02/73

Adresse : LOT VOUSSRA RUE 10 M3 CALIFORNIE CASA

Tél. : 0664442155 Total des frais engagés : 677 1440,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 29/09/2024

Nom et prénom du malade : Taiba A. Redja Age :

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

Nature de la maladie : Cervicalgie sur contracture cervicales

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 : CASA Le : 09/10/23

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
29/09/22	C5		apartail	INP : 09 17 45 623 Rhumatologue 14, Bd. de Paris CASABLANCA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAN 16-18 Rue Addjal Al-Jadida InCheck, Casablanca 022-50.75.19	29/09/22	600,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

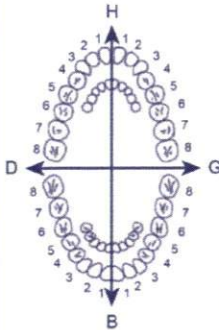
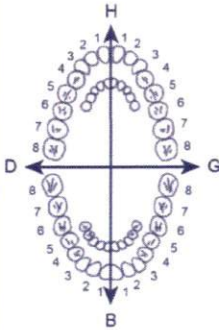
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AP	PC	IM	IV	
	29/09/22	12x120DH				1440DH
	29/09/22	12x120DH				1440DH

# 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 <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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
G																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,  
des muscles et de la colonne  
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات  
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 29/09/2022 في الدار البيضاء

ye Daka

Khediya

1°) D3 Novum 1 flac

89,50 5 gtlis 1 j x 3 mois

Lot: 220240  
A consommer avant le: 04/2025  
PPC: 89,50 DH

2°) Honart

146,90 1 gel x 2 j x 4 repas x 2 mois

PHARMACIE  
16-18 Rue 3  
Addiar Al Jadida

LOT: CA215  
EXP: 03/25  
PPC: 146,90 DH

LOT: CA215  
EXP: 03/25  
PPC: 146,90 DH

LOT: CA180  
EXP: 11/24  
PPC: 146,90 DH

LOT: CA180  
EXP: 11/24  
PPC: 146,90 DH

Dr. Hasna AZMI  
Rhumatologue  
Bd. de Paris  
ANCA

PHARMACIE ADDIAR  
16-18 Rue 3 Addiar Al Jadida  
TIN Check - Casa-022-50.75.19

14, شارع باريس، الطابق الثاني، الدار البيضاء، الهاتف: 04 04 22 5212 + البريد الإلكتروني: cabinetrhumatologie14@gmail.com

14, Boulevard de Paris, 2<sup>ème</sup> étage, Casablanca. Tél: +212 5 22 48 04 04 - E-mail: cabinetrhumatologie14@gmail.com



**Dr. Hasna AZMI**

**Rhumatologue**

Maladies des os, des articulations,  
des muscles et de la colonne  
vertébrale

**Dr. Hasna AZMI**  
**Rhumatologue**  
**14, Bd. de Paris**  
**CASABLANCA**

Casablanca, le 29/09/22

**الدكتورة حسناء عزمي**

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات  
وأمراض العمود الفقري

Mr. Doha Khadige  
Cervicalgie sur  
Contracture cervicale Gche  
ste  
⇒ 12 séances de  
Kinésithérapie cervicale

physiothérapie de contrainte ++

renforcement et para-  
vertébral cervical

Dr. Hasna AZMI  
Rhumatologue  
14 Bd. de Paris  
92100 BOULAZAC



مركز المصلى للترويض الطبي  
**CENTRE AL-MSALA**  
Kinésithérapie et Physiothérapie

Casa le : 2 / 2 / 2023

FACTURE N° 23/0133

Nom & Prénom : TAHA KHADJA

Prescription : 29/9/22, D<sup>r</sup> HASNA AZMI

Rééducation : Cervicalgie

Nombre de séance : 12

Prix unitaire : 120 DH

Montant total : 1440 DH

Arrêtée le présent facture à la somme : Mille quatre cent dirhams

CENTRE AL-MSALA DE KINESITHERAPIE  
ET DE PHYSIOTHERAPIE  
Rue 19 N° 9 Hay Moulay Abdellah  
CASA BLANCA  
Tel: 0638967700 / 0669946457  
Fatima NAJID  
KINESITHEPEUTE  
Tel: 0669946457  
0638967700





مركز المصلى للترويض الطبي  
**CENTRE AL-MSALA**  
Kinésithérapie et Physiothérapie

Le 5/10/22  
A, CASA

Deviz

Nom et Prénom : TAHA KHADIJA

Prescription : 29/9/22, D<sup>r</sup> HASNA AZMI

Rééducation : Cervicalgie.

Nombre de séance : 12

Prix unitaire : 120 DH

Montant total : Mille quatre cent quarante dirhams.

CENTRE AL-MSALA DE KINESITHERAPIE  
ET DE PHYSIOTHERAPIE  
Rue 19 N° 9 Hay Moulay Abdellah  
CASA BL N° 9  
Tél.: 0638967700 / 0669946457

CENTRE AL-MSALA DE KINESITHERAPIE  
ET DE PHYSIOTHERAPIE  
Rue 19 N° 9 Hay Moulay Abdellah  
CASA BL N° 9  
Tél.: 0638967700 / 0669946457



# VOS PROCHAINS RENDEZ VOUS

En cas d'impossibilité, merci de nous contacter 48h avant la date du rendez-vous

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1) Le 1 / 11 / 22 à ..... h   | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 2) Le 7 / 11 / 22 à ..... h   | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 3) Le 14 / 11 / 22 à ..... h  | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 4) Le 21 / 11 / 22 à ..... h  | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 5) Le 28 / 11 / 22 à ..... h  | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 6) Le 5 / 12 / 22 à ..... h   | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 7) Le 9 / 12 / 22 à ..... h   | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 8) Le 12 / 12 / 22 à ..... h  | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 9) Le 16 / 12 / 22 à ..... h  | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 10) Le 19 / 12 / 22 à ..... h | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 11) Le 26 / 12 / 22 à ..... h | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |
| 12) Le 4 / 1 / 23 à ..... h   | Le ..... / ..... / ..... à ..... h |

CENTRE AL-MSALA DE KINÉSITHÉRAPIE  
RUE 19 N° 9 HAY MOULEY ABDELLAH  
GA-SA-BE-EN  
Tél: 0638967700 / 0669946457



مركز المصلى للترويض الطبي

CENTRE AL-MSALA  
Kinésithérapie et Physiothérapie

BD. MOHAMED 6

شارع محمد السادس



شارع الخليل

BD. TEMARA



BD EL KHALIL

BD. 2 MARS

شارع 2 مارس



BD. AL QUDS

شارع تمارة



المصلي

CLINIQUE  
AIN CHOCK



مركز المصلي للترويض الطبي  
**CENTRE AL-MSALA**  
Kinésithérapie et Physiothérapie

Rééducation  
Cervicalgie

**Fatima Najid**

Kinésithérapeute

0669-94 64 57 0638-96 77 00

Centre AL-Msala

Centre\_al\_msala

centrealmsala@gmail.com

Rue 19 n° 9 étage RDC Hay Mly  
Abdellah (entre bd 2mars & bd al Khalil)  
Ain Chok - Casablanca



Tél: 0669-94 64 57

KHADJA  
Rue 19 N° 9 Hay Mly  
Ain Chok