

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-726205

13 2923

*compte*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9278

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENDOURO NOUNA

Date de naissance :

13/01/69

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0661460111

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 :

le diabète des yeux

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 : 2023

Le : 11/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-726205

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

Matricule :

9278

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P E	M	SV	
<b>Mme. SEMANI RIZIEN</b> Chargée de Mission au Centre de Rééducation Hôpital Cheikh Zaid **	10/11/22	01 x 3	23	200	200	200
	11/11/22	01 x 3	23	400	400	400
	12/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	13/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	14/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	15/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	16/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	17/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	18/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	19/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	20/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	21/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	22/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	23/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	24/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	25/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	26/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	27/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	28/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	29/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	30/11/22	02 x 3	23	400	400	400
	01/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	02/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	03/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	04/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	05/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	06/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	07/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	08/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	09/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	10/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	11/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	12/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	13/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	14/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	15/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	16/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	17/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	18/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	19/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	20/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	21/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	22/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	23/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	24/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	25/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	26/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	27/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	28/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	29/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	30/12/22	02 x 3	23	400	400	400
	31/12/22	02 x 3	23	400	400	400

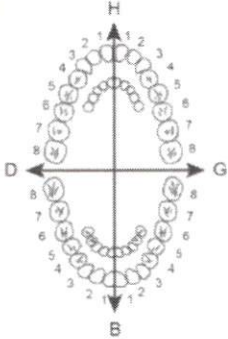
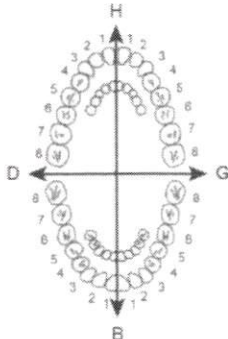
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000            D ————— G            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	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



Rabat le : 09/07/2022

- Mme Bendouro Mouna

-INDICATIONS : tendinopathie des supra épineux avec conflit antéro supérieur

-Prière de faire pratiquer 15 séances de rééducation des deux épaules

à raison de 2 à 3 séances par semaine avec :

-Physiothérapie à visée antalgique avant

chaque séance

-Massage décontractant du trapèze et des fixateurs de l'omoplate++++

-Mobilisations infradouloureuses douces et progressives pour

restitution progressive des amplitudes articulaires

-Travail isotonique des différents muscles de la ceinture scapulaire

dans les mouvements d'antépulsion-retropulsion et d'élévation

abaissement, le membre supérieur relâché

-Exercices de recentrage automatique par des exercices

proprioceptifs et renforcement des abaisseurs de l'épaule +++++

-Autoprogramme de renforcement musculaire +++++++

Dr. Souad AKTAOU  
Rhumatologue  
Rabat  
Résidence Ryad Al Andalous, Av. Abderrahim Bouabid, Al Hambra 1, Imm 2 - App. 2 - Hay Ryad - à côté de Midi 1 TV - Rabat  
Tél : 05 37 57 06 33 • GSM : 06 78 83 80 80 • E-mail : souad.aktaou@gmail.com



## BENDOUCROU MOUNA

**De:** NASRALLAH SARA  
**Envoyé:** lundi 24 octobre 2022 09:53  
**À:** BENDOUCROU MOUNA  
**Objet:** RE: DEMANDE D'ACCORD PREALABLE//RELANCE

Bonjour ,  
ci dessous la réponse à votre demande .

N° Dossier: 132923   
N° Dossier externe: ACC-09278-12/10/2022  
Type de dossier: REEDUCATION ▼  
Bénéficiaire: BENDOUCROU MOUNA  
Situation: En attente ▼  
Sous-situation: --- ▼  
Date de début: 12-10-2022   
Date de fin: 13-10-2022   
Date de saisie: 12-10-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [v]

Date	Type	Commentaire
12-10-2022	Manuel	TENDINOPATHIE OK 15 S

**De :** BENDOUCROU MOUNA <MBENDOUCROU@RoyalAirMaroc.com>

**Envoyé :** lundi 24 octobre 2022 10:34

**À :** pec@mupras.com <pec@mupras.com>

**Cc :** NASRALLAH SARA <SNASRALLAH@RoyalAirMaroc.com>; ZIARI SOUAD <SZIARI@RoyalAirMaroc.com>

**Objet :** RE: DEMANDE D'ACCORD PREALABLE//RELANCE

Bonjour,  
Je vous relance au sujet de mon mail du 12 octobre dans lequel je vous ai envoyé ma demande d'accord préalable.  
Je vous prie de bien vouloir me répondre.  
Cordialement.

Mouna Bendouro

Agence chargée de la clientèle VIP  
Représentation Régionale Rabat  
Délégation Générale ventes Maroc, Maghreb & M.Orient  
Direction commerciale  
202 AV MED VI route des zaer , Rabat, Maroc  
Tél : +212 537 63 38 26 Fax: +212 537 63 38 45  
GSM : +212 661460111  
Email : mbendourou@royalairmaroc.com

-----Message d'origine-----

De : BENDOUROU MOUNA

Envoyé : mercredi 12 octobre 2022 12:57

À : pec@mupras.com

Cc : NASRALLAH SARA <SNASRALLAH@RoyalAirMaroc.com>; ZIARI SOUAD  
<SZIARI@RoyalAirMaroc.com>

Objet : DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Bonjour,

Je vous prie de trouver en attache ma demande d'accord préalable .

Dans l'attente ,

Je vous remercie de me faire parvenir votre accord.

Bien cordialement.

Mouna Bendouro

Agence chargée de la clientèle VIP  
Représentation Régionale Rabat  
Délégation Générale ventes Maroc, Maghreb & M.Orient  
Direction commerciale  
202 AV MED VI route des zaer , Rabat, Maroc  
Tél : +212 537 63 38 26 Fax: +212 537 63 38 45  
GSM : +212 661460111  
Email : mbendourou@royalairmaroc.com



Rabat le 09/02/2023

**Identité du patient: MME BENDOUROU MOUNA**

**IPP : 1626686**

**Médecin traitant : DR SOUAD AKTAOU**

**FACTURE GLOBALE**

**13 Séances de kinésithérapie dont :**

**10 séances de TECAR-thérapie = 2000 DH**

**3 Séances de la rééducation fonctionnelle = 360 DH**

**Total des séances : 2360 DH**

**Signé :**



CXIM0129