

# 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- 0040396

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1543 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUSSOUSS Brahim  
 Date de naissance : 1-1-1950  
 Adresse : Hayat AL 3 AM EL BID  
 Tél. : 067463-62 78 Total des frais engagés : 1000 dhs  
 Dr. Moussa BOUJAJI

Cadre réservé au Médecin Spécialiste en Chirurgie

Traumatologie et Orthopédie  
 164, Rue de la Croix D'Or  
 Kabir - Casablanca  
 Tél 0522 80 11 35-Gsm 06 61 16 4184  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15/02/2023  
 Nom et prénom du malade : OUSSOUSS BRAHIM  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : deronement  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
 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) : 20/3/23



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 Méd. attestant la réalisation des Actes
16/02/23	C2		3000	Dr. Moussa ROUAI Spécialiste en Chirurgie Traumatologie et Orthopédie 164, Rue de la Croix Derb Kibir - Casablanca Tél 0522 80 11 35-Gsm 06 6116 4168

# EXECUTION DES ORDONNANCES

091121004

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 Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

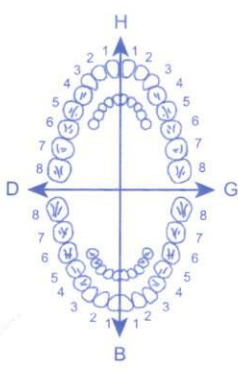
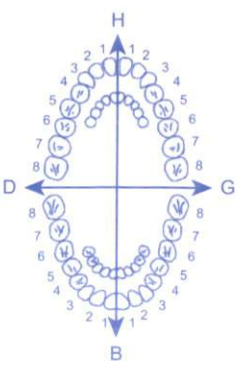
INPE: 06502253

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Moussa ROUAJI**  
**MEDECIN**

Spécialiste en Chirurgie

Traumatologique et orthopédique

Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble

AUT N° 13751

Casablanca, le

الدكتور موسى رواجي

طبيب

وجراح اختصاصي في انشقاق

وأفراض العظام والمفاصل

خريج كلية برونيل

AUT N° 13751

الدار البيضاء. في

OUSSOUSS BRAHIM

Dérangement du genou  
dt, avec laxité  
li fémoro-tibiale -  
Genou sec

Centre de Kinesithérapie  
A L A M A L  
169 Bd Abou El Kheir  
N° 2 Hay El Foul  
Tél : 0522 82 92 90 CASA

nécessaire  
pour mouler  
le cuirassier

Dr. Moussa ROUAJI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologie et Orthopédique  
164, Rue de la Croix Derb  
Kabir - Casablanca  
Tél 0522 80 11 35 - Gsm 06 61 16 41 64

رقم 164، زنقة لأكروا، درب الكبير - الهاتف : 05.22.80.11.35 - ج س م : 06.61.16.41.64 - الدار البيضاء

164, Rue de la Croix Derb El Kabir - Tél. : C. 05.22.80.11.35 / GSM : 06.61.16.41.64 - CASABLANCA



# مركز الترويض الطبي الأمل Centre de kinésithérapie Al Amal

Mohamed HADDOUGUI  
Kinésithérapeute D.E

محمد حدوكي  
دبلوم الدولة في الترويض الطبي

Casablanca, le... 17/03/2023 ..... في الدار البيضاء.

## NOTE D'HONORAIRES N° 026/2023

Nom : Mr. OUSSOUSS BRAHIM.....

... 07... Séances de rééducation, massages et électrothérapie.

... AMM9+9/2+IR... à 100.00 DHS.....

... 07... Séances x 100.00 ..... = 700.00 ..... DHS

Facture arrêtée à la somme de SEPT CENT DIRHAMS.....

69, Boulevard Abdellah Senhaji Amal 2, N°2, 1<sup>er</sup> étage, Hay Idressia-Casablanca.

Email : kinesi.alamal@gmail.com Tél./FAX : 0522 82 92 90 GSM : 06 62 12 93 79

PATENTE : 36726114 I.F : 40153784 CNSS : 8741945

ICE:000511324000068 INPE:065036253

Date	Heure	Date	Heure
20/02	2023		
22/02	2023		
24/02	2023		
01/03	2023		
03/03	2023		
08/03	2023		
10/03	2023		

Centre de Kinésithérapie  
169 Bd ALAIN  
L. 11062282  
Hayat El Amal 2023

[illegible]

