

# 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 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)

165119

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015873

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
Matricule : 973A Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : FASSIL NINA Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : Docti Fuelle

Tél. : 0522912122 Total des frais engagés : 2850 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26/05/2023

Nom et prénom du malade : Angèle Fassil NINA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : FASSIL NINA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : fracture de l'ulcile g

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 : Chambre Le : 26/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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
26/05/13	03		G	 <b>Mounif BIROUK</b> Orthopédiste Casabanca Abdou

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Clinique Anglais Montant de la Facture
</td		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/07/2013	R2	300

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cache et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
YAD OURBA neshatpour u Ond. A. Harrit 2 Mass Casablanca	05/06/2023					Devis 170 x 15 Total 2550 DH

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a 10x10 grid of vertices, each containing a number from 1 to 8. The vertices are arranged in a specific pattern: the top row has 10 vertices (1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8); the second row has 9 vertices (2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8); the third row has 8 vertices (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1); the fourth row has 7 vertices (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10); the fifth row has 6 vertices (5, 6, 7, 8, 9, 10); the sixth row has 5 vertices (6, 7, 8, 9, 10); the seventh row has 4 vertices (7, 8, 9, 10); the eighth row has 3 vertices (8, 9, 10); and the ninth row has 2 vertices (9, 10). Arrows indicate a flow direction from left to right and top to bottom, with a notable loop in the top row.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

26/05/2023

Facture N° 3580/23

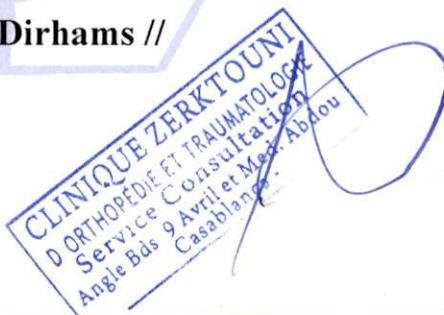
Mme FASSIL NAIMA

Consultation	gratuite
Radiographie	300DH

Total 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

//trois cents Dirhams //





# مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

## CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

### Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

Dr. Mounsif BIROUK  
Chirurgies Orthopédiste  
Clinique Zerkouni (C) Casablanca  
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou

22/05/2023

Mme FASSIL NAIMA

### Incidence :

- Cheville gauche de face+profil

### Compte rendu radiologique :



Dr. Mounsif BIROUK  
Chirurgies Orthopédiste  
Clinique Zerkouni (C) Casablanca  
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou



# مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصيل

## CLINIQUE ZERKOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

### Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 26/05/27

M. FASSOL NAIMA

Fracture de la moelle  
osseuse de la culotte  
gauche  
Fracture de la  
culotte  
droite

Dr. Mounisif BIROUK  
Chirurgies Orthopédiste

Clinique Zerkouni (C) Casablanca  
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. 9 Avril et Med Abdou



# Cabinet BOUAYYAD Oubay

**Kinésithérapeute** diplômé d'état à la faculté d'Aix-Marseille

Diplôme de kinésithérapie du sport à Tournai Belgique

Physiothérapie - Rééducation fonctionnelle - Rééducation vértebrale - Thérapie manuelle

Traumatologie - Rhumatologie - Neurologie - Préparation physique - Reprise du sport

Nutrition du sportif

Casablanca le: 23/08/2023

Devis pour entente préalable

Facture n° 043/023

AT n° : .....

Date de l'AT : .....

Nom et prénom du patient : .... Mme Faissal Nezouz .....

Assurance / mutuelle : ..... M.U.P.R.A.S. .....

Date de la prescription : ..... 26/05/2023 .....

Médecin traitant : ..... Drs. M. M. M. - bouchek .....

Pathologie : .....

## Calendrier des séances

1	<u>19/06/2023</u>	11	<u>26/07/2023</u>	21	
2	<u>21/06/2023</u>	12	<u>01/08/2023</u>	22	
3	<u>23/06/2023</u>	13	<u>04/08/2023</u>	23	
4	<u>26/06/2023</u>	14	<u>08/08/2023</u>	24	
5	<u>28/06/2023</u>	15	<u>11/08/2023</u>	25	
6	<u>30/06/2023</u>	16		26	
7	<u>04/07/2023</u>	17		27	
8	<u>07/07/2023</u>	18		28	
9	<u>12/07/2023</u>	19		29	
10	<u>18/07/2023</u>	20		30	

Nombre des séances	Tarif unitaire hors TVA	Montant global hors TVA
<u>15 séances</u>	<u>170 DT</u>	<u>2550 DT</u>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille cinq cent

cinquante DT

cinquante DT

Cachet et signature:

**BOUAYYAD OUBAY**  
Kinésithérapeute  
20, Rue Abou Omar Al Harit 2 Mars  
Tél: 022 82 84 30 - Casablanca

**BOUAYYAD OUBAY**  
Kinésithérapeute  
20, Rue Abou Omar Al Harit 2 Mars  
Tél: 022 82 84 30 - Casablanca

20, rue Abou Omar el Harit (ex Oslo) Rés. El Fadila 2 Mars - Casablanca

Ice: 00193441700003 - IF: 44412680 - Patente: 34457321 - CNSS: 6882212 - Tél: 05 22 82 94 38



# Cabinet BOUAYYAD Oubay

**Kinésithérapeute** diplômé d'état à la faculté d'Aix-Marseille

Diplôme de kinésithérapie du sport à Tournai Belgique

Physiothérapie - Rééducation fonctionnelle - Rééducation vésiculaire - Thérapie manuelle

Traumatologie - Rhumatologie - Neurologie - Préparation physique - Reprise du sport

Nutrition du sportif

Casablanca le: 05/06/2023



Devis pour entente préalable

Facture n°.....

AT n° : .....

Date de l'AT : .....

Nom et prénom du patient : .... M<sup>me</sup> Faqih .... Naima .....

Assurance / mutuelle : .... MUPRAS .....

Date de la prescription : .... 26/05/2023 .....

Médecin traitant : .... D<sup>r</sup> Maimi .... maimi@outlook.com .....

Pathologie : .....

## Calendrier des séances

1	11	21	
2	12	22	
3	13	23	
4	14	24	
5	15	25	
6	16	26	
7	17	27	
8	18	28	
9	19	29	
10	20	30	

Nombre des séances	Tarif unitaire hors TVA	Montant global hors TVA
<u>15 séances</u>	<u>170 DT</u>	<u>2550 DTAS</u>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Demi-mille cinq cents  
cinquante dirhams

**BOUAYYAD OUBAY** Cachet et signature:

*Kinestherapeute*

*Rue Abou Omar Al Harit 2 Mars*  
*Tél. 022 82 94 38 - Casablanca*

20, rue Abou Omar el Harit (ex Oslo) Rés. El Fadila 2 Mars - Casablanca

Ice: 001934417000003 - IF: 44412680 - Patente: 34457321 - CNSS: 6882212 - Tél.: 05 22 82 94 38

## FASSIL NAIMA

**De:** PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>  
**Envoyé:** jeudi 15 juin 2023 13:23  
**À:** FASSIL NAIMA  
**Objet:** RE: Complément d'information MLE 9731

Bonjour ,

Vous avez un accord de 15 séances, merci de trouver ci-dessous copie de votre accord

N° Dossier:	165119 
N° Dossier externe:	PEC-09731-14/06/2023
Type de dossier:	REEDUCATION
Bénéficiaire:	FASSIL NAIMA
Situation:	En attente
Sous-situation:	---
Date de début:	14-06-2023 
Date de fin:	
Date de saisie:	14-06-2023
Événement:	

Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

### Commentaires existants

Date	Type	Commentaire
14-06-2023	Manuel	C ET C Demandés par mail.
14-06-2023	Manuel	informer par appel
14-06-2023	Manuel	OK 15 S



### Service Prise en charge

 Fixe : +212 522 204 545 LG

 pec@mupras.com

 www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

**De :** FASSIL NAIMA <NFASSIL@RoyalAirMaroc.com>

**Envoyé :** jeudi 15 juin 2023 12:26:05

**À :** PRISE EN CHARGE

**Objet :** RE: Complément d'information MLE 9731

Bonjour,

Prière de trouver ci-joint une déclaration sur l'honneur.

Bonne réception

**NFASSIL**

**De :** PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>

**Envoyé :** jeudi 15 juin 2023 12:05

**À :** FASSIL NAIMA <NFASSIL@RoyalAirMaroc.com>

**Objet :** Complément d'information

Bonjour

Pour donner suite à votre demande d'accord préalable, prière de nous envoyer causes et circonstances.

CORDIALEMENT.



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

ISO 9001

BUREAU VERITAS  
Certification

115500 13



#### Service Prise en charge

📞 Fixe : +212 522 204 545 LG

✉ pec@mupras.com

🌐 www.mupras.com

*MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger*

/MUPRASRAM

Siège Social : Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle rue Allal Benabdellah et rue Mohammed Falir 6 ème étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, [contacte@mupras.com](mailto:contacte@mupras.com)

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 26.05.2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9731 E-mail : [marina.fassi@gmail.com](mailto:marina.fassi@gmail.com) Phones : 0667305643

Nom et Prénom de l'adhérent : FASSI MARINA

Nom et Prénom du bénéficiaire : FASSI MARINA

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

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

Nécessite

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) :

Pratique de la maladie est :  
Ces maladie sont due à des facteur  
+ 10% de ces facteur sont due à la maladie

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.