

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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 Mail's 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° M21- 0004991

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8286 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Départ  
 Nom & Prénom : EL KHALIL Fatima  
 Date de naissance : 22/07/1967  
 Adresse : 41, Residence Ennahdha Bd. Allal Ben Abdellah - Mohammédia  
 Tél. : 06 64770374 Total des frais engagés : 1500,00 DH Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2013  
 Nom et prénom du malade : EL KHALIL FATIMA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Fracture du tibia et du fémur  
 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 14/11/2013 Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 04991

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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

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

| A M | P C | I M | I V |
|-----|-----|-----|-----|
|     |     |     |     |
|     |     |     |     |
|     |     |     |     |
|     |     |     |     |

VOLET ADHERENT

\* 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 :

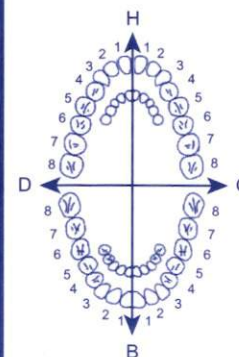
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

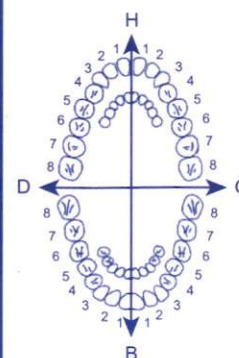
00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

7/4/12

EL KHALIL RATTAN

Finder se mela tan pit chof

Needle pyz 70 fentes.

UJ.





I° Dossier: 187484   
I° Dossier externe: ACC-08286-20/12/2023  
Type de dossier: REEDUCATION   
Bénéficiaire: EL KHALIL FATIHA  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 20-12-2023   
Date de fin:   
Date de saisie: 20-12-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

[Commentaires existants](#) 

| Date       | Type   | Commentaire                                  |
|------------|--------|--|
| 21-12-2023 | Manuel | Accord pour 10 séances de kiné pour fracture |

Modifié pa

Retour

## **Facture**

Date de l'ordonnance: 14/12/2023

Casablanca le: 03/01/2024

**Nom/Prénom:** ElKhalil Fatiha

**Rééducation:** Physiothérapie ,Ultrason ,Massage décontracturant ,  
Renforcement musculaire

**Cotation:** AMM6+AMMA/2

**Nombre de séances:** 10

**Prix Unitaire:** 150 Dhs

**Montant Total:** Mille cinq cents dirhams

**KETTANI HASSANI Sara**  
Kinésithérapeute  
Menzah 1 Angle Rue Socrate  
et Rue Attabari N° 7/8 Maarif  
Casablanca - Tél : 05 22 99 26 78

Nom Prénom : El Khachip. Salha

Nombre Séances : 10

Votre prochain rendez-vous

| Date  | Heure |
|-------|-------|
| 21/11 | 17h   |
| 22/11 | 17h   |
| 23/11 | 17h   |
| 25/11 | 17h   |
| 26/11 | 17h   |

| Date  | Heure |
|-------|-------|
| 27/11 | 17h   |
| 28/11 | 17h   |
| 29/11 | 17h   |
| 02/12 | 17h   |
| 03/12 | 17h   |

Votre prochain rendez-vous

| Date | Heure |
|------|-------|
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |

| Date | Heure |
|------|-------|
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |

| Date | Heure |
|------|-------|
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |

| Date | Heure |
|------|-------|
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |



Manzah1 Angle Rue Socrate et Rue  
Attabari N° 7/8 - Maarif - Casablanca  
Tél: 05 22 99 26 78  
Gsm: 06 79 83 34 04  
E-mail: [centrekineska@gmail.com](mailto:centrekineska@gmail.com)



- Kinésithérapie
- Amincissement
- Nutrition
- Bien être

Tél: 05 22 99 26 78  
Gsm: 06 79 83 34 04  
E-mail: [centrekineska@gmail.com](mailto:centrekineska@gmail.com)