

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

198890

Déclaration de Maladie

M23- N° 0041597

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7931 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUGHALER ABDELHAFID  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0668249602 Total des frais engagés : # 2250,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
**Dr. M. BELHAJ**  
 Chirurgien Orthopédiste  
 52, Bd. Zerktouni - C A S A  
 Tél : / 27.08.40  
 Date de consultation : 22/01/2024  
 Nom et prénom du malade : BOUGHALER Abdelhafid Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Confusion mentale  
 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 : Casablanca Le : 14 / 03 / 2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
22/10/15	18	21		Dr. M. BELHADJ Chirurgien Orthopédiste 52 Bd. Zerkoun - ALGER Tél. 021 34 74 00 58
20/11/15				

# 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
		AM	PC	IM	IV	

22/11/15 15 INPE  
065044976  
15000015  
22500000  
Bene malle  
deux cent  
cinquante  
Buhar  
21000000

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

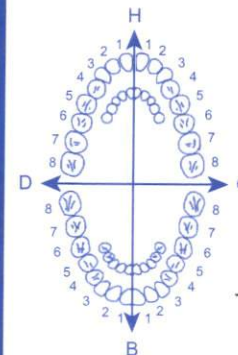
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
D	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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

**Mohamed SEDKANE**

Kinésithérapie - Physiothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massages Médicaux

175, Bd. d'Alaise Casablanca  
Téléph : 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09



**محمد صدقان**

الترويض الطبي - المعالجات الكهربية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

175, شارع أlerاس الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09

Cpte. Bancaire N° 013780010810010130013448  
BMCI Agence Rahal El Meskini Casa

Casablanca, le 14/03/2024 في الدار البيضاء.

**FACTURE N° 007023**

Nom et Prénom

Bouhachet Abdelhafid

la Somme de

250,00 DH (Deux cents cinquante dirhams)

pour

Séances de

Reéducation

physiologique de l'épaule

Signature

**SEDKANE Mohamed**  
Massager Kinésithérapeute  
Autorisation N° 1085 du 20.06.81  
175, Bd. d'Alaise - Casablanca  
Tél: 05 22 27 86 09 - 05 22 26 64 38



**Dr. BELHAJ EL MOSTAFA**

**CHIRURGIEN - SPECIALISTE**  
**Traumatologie - Orthopédie**

*Maladies et Chirurgie des Os et des Articulations.*  
*Chirurgie des Maladies Rhumatismales.*  
*Traumatologie du Sport*

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*  
*Ex Chirurgien des Hôpitaux de France*  
*Ex Chirurgien de l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech*

**52, BD ZERKTOUNI ESPACE ERREDA**  
**(face marché aux fleurs) - Casablanca**  
**Tél. : 05.22.27.08.40**

**الدكتور بلحاج المصطفى**

**اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل**

**جراحة الكسور و تقويم العظام**  
**جراحة اليد و أمراض الروماتيزم**  
**علاج الأضرار الرياضية**

**خريج كلية الطب بباريس**  
**جراح سابق بمستشفيات فرنسا**  
**جراح سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا**

**52. شارع الزرقطوني. عمارة الرضا (أمام سوق الورود)**  
**الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.27.08.40**

**22 Janvier 2024**  
**Casablanca, le .....**

**Demande pour le patient Mr BOUGHALEB Abdelhafid**

Faire pratiquer par A.M.K.

15 séances de massages avec rééducation de l'épaule DRTE:

avec physiothérapie, mobilisations passives et techniques de

posture en respectant la règle de la non-douleur.








**RECENTRAGE DE LA TETE HUMERALE.**

**SUITE CONFLIT S/ACROMIAL AVEC LESION PARTIELLE**  
**DU SUS EPINEUX ET CAPSULITE ASSOCIEE.**

**FAIRE 3 SEANCES/SEMAINE.**

**Dr BELHAJ El Mostafa**  
**TEL : 022 27 08 40**

**Dr. M. BELHAJ**  
**Chirurgien Orthopédiste**  
**52, Bd. Zerkouni - CASA**  
**Tél. / 27.08.40**

N° Dossier: 191821   
N° Dossier externe: ACC-07931-23/01/2024  
Type de dossier: REEDUCATION   
Bénéficiaire: BOUGHALEB ABDELHAFID  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 23-01-2024   
Date de fin: 23-01-2024   
Date de saisie: 23-01-2024  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
24-01-2024	Manuel	ok pour 15 seances de reeducation
25-01-2024	Manuel	informe par appel

KINESITHERAPIE  
ELECTROTHERAPIE



GYMNASTIQUE MEDICALE  
MASSAGES MEDICAUX

**Mohamed SEDKANE**

Kinésithérapeute D.E.

175, Bd. d'Alsace - Tél.: 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38 - Casablanca

# CARTE DE SEANCES

- Patient : BOUGHALEB Abdelkafid
- ~~A.T.A.S~~ / Autres : .....
- Assurances : MUPRAS (R.A.M) Police : .....
- Nombre de Séances : 15 séances

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
27/1/24	10h00	29/2/24	09h00				
30/1/24	10h00	04/3/24	13h00				
01/2/24	12h00	07/2/24	12h00				
05/2/24	12h00	11/3/24					
08/2/24	12h00	14/2/24	12h00				
12/2/24	11h00						
14/2/24	11h00						
19/2/24	11h00						
21/2/24	11h00						
27/2/24	11h00						

Stamp: SEDKANE Mohamed, Kinésithérapeute D.E., 175 Bd d'Alsace - Casablanca, Tél: 05 22 26 64 38

En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance  
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs, Merci

1150 ml (cheq) 27/11/24 ~~af~~

500 ml 4/3/24 ~~af~~

200 ml 14/3/2024 ~~af~~

400 ml 15/3/24 ~~af~~