

# 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 Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0042147

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAHRACH Fatima  
 Date de naissance : 06/02/1976  
 Adresse : Rte Anfa Park Bd des Clubs Casablanca  
 Tél : 0661267345 Total des frais engagés : 145467,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 FEB 2024

Nom et prénom du malade : LAHRACH Fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
19 FEV 2024			200 MA	طبيب محلف، خبير الزماني، 60 طريق مولاي الحسن الثاني، 022 90 70 99
				INPE: 091069666

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie C.I.L. BENBRAHIM Touria 100, Boulevard Ibn Sina Tél: 05 22 36 18 68 - Casa	19/02/24	467,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
kinésithérapeute SARAH KINE CASAOULFA 33 Rue 74 Group P N°29-31	19-03-2024		10 séances			110,00 DHS = 1100,00 DHS

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Saïd GZOUli

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 19 FEB 2024 : الدار البيضاء، في

LAGACHI

LPT : 231287  
EXP : 09/2026  
PPV : 57,80DH

Maphar  
Bd Akimia N° 6, Cl,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

60, Route Moulay Thami (à côté Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 : انف

Fosavance 5600 UI  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH



**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الغزولي**

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 19.02.2024 في: الدار البيضاء،

OT LAYACHI Fatima

15 séances de  
rééducation respiratoire.

**الدكتور سعيد الغزولي**  
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي  
(قرب مستشفى الحي الحسني - الدار البيضاء)  
مارولا - الحي الحسني  
الهاتف: 077 90 70 88

**MISSA BAHAFID**  
kiné thérapeute  
tel: 06 69 03 33 55  
misa.bahafid@gmail.com

**CENTRE CASA-OULFA DE  
KINESITHERAPIE SARL**  
33 Rue 14 Group P N°29-31  
M... El Oulfa - Casablanca

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500



# Kinésithérapie - Physiothérapie

## CENTRE CASA OULFA

DES SEANCES DE KINESITHERAPIE EN FAVEUR DE Mme LAYACHI  
FATIHA

A COMPTER DU 19/02/2023

J'atteste que Mme LAYACHI FATIHA a effectuée ses 10 séances de rééducation au centre de  
kinésithérapie CASA OULFA pour une Rééducation RESPIRATOIRE suivant ce programme ;

Nombre de séances	Date
Séance 1	19/02/2024
Séance 2	21/02/2024
Séance 3	23/02/2024
Séance 4	26/02/2024
Séance 5	28/02/2024
Séance 6	01/03/2024
Séance 7	04/03/2024
Séance 8	06/03/2024
Séance 9	08/03/2024
Séance 10	11/03/2024

ANISSA BAHAFID  
kinésithérapeute  
Tél: 06 63 03 33 55  
kine.casaoulfa@gmail.com

CENTRE CASA OULFA DE  
KINESITHERAPIE SARL  
33 Rue 74 Groupe P 29-31  
H. El Oulfa - Casablanca



# Kinésithérapie - Physiothérapie

## CENTRE CASA OULFA

Casablanca le : 11/03/2024

Facture n°29/2024

NOM : Mme LAYACHI FATIHA

ADRESSE : CASABLANCA

PATHOLOGIE	N° DE SEANCES	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
REEDUCATION RESPIRATOIRE	10	150.00	1500,00
TOTAL			1500,00 DHS

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TOTALE DE MILLE CINQ CENT DIRHAMS

ANISSA BAHAFID  
kinésithérapeute  
Tél: 06 63 03 33 55  
kine.casaoulfa@gmail.com

CENTRE CASA OULFA DE  
KINESITHERAPIE SARL  
33 Rue 74 Groupe N°29-31  
Mou El Oulfa - Casablanca