

# 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 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-844323

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6515 Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HANIF ASNAH EP. BELLA

Date de naissance : 13-12-1967

Adresse : 197517

Tél. : 0673 564477 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda IBN ARDELJAIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et des Joints  
City Office - BORDJ AB 17ème Etage (MBO)  
Hay Hassan - Casablanca - Tél : 0522 85 30 05

Date de consultation : 4/03/2024

Nom et prénom du malade : Hanif Asnah Age: .....

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

Nature de la maladie : Cerveau gelé

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) : .....


PR4FR05/V2/20-10-2023

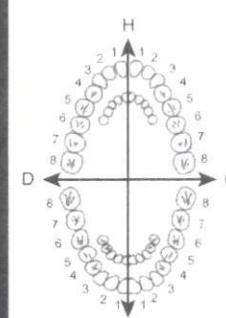
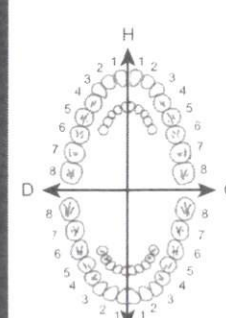
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4/3/2000                       | C2                |                       | 30000                           | <br><b>Dr. Houdd IBN ABDELJALIL</b><br>RHMATOLOGUE<br>Spécialiste des Maladies des Os et Articulations<br>City Office - Bureau 45 1 <sup>er</sup> étage - Avenue de l'Indépendance - Lot 68<br>City Office - Casablanca - Tél : 0522 63 38 88/85 |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 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 Pharmacien                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
| <br><b>Dr. Houdd IBN ABDELJALIL</b><br>RHMATOLOGUE<br>Spécialiste des Maladies des Os et Articulations<br>City Office - Bureau 45 1 <sup>er</sup> étage - Avenue de l'Indépendance - Lot 68<br>City Office - Casablanca - Tél : 0522 63 38 88/85 |                |        |     |     |     |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |        |     |     |     |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |        |     |     |     |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |        |     |     |     |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                                     |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                               |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
| <b>Important :</b><br>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 | Montant des Honoraires | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br>DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/><br>FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|                                                 |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                                                                          |                                                                                          | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D<br/>             00000000<br/>             35533411           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             11433553<br/>             B           </div> </div> |             |                        | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br>DATE DU DEVIS<br><input type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|                                                | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | Montant des Honoraires |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                       |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                                     |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                                                                                                                     |





Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل  
اختصاص في أمراض العظام والمفاصل

Nom et Prénom :

Mme Hanif Asmaa

Casablanca le :

4/3/24

Cervicalgie + lombalgie chronique

⇒ Kinésithérapie à base  
ostéopathe (IR, massage doux  
de la musculature) et renforcement  
des muscles para vertébraux  
et ischio.

Faire 2 séances / semaine + 20



City Office - Bureau n A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Missirini, Lot 58, Hay Hassani  
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)



05 22 89 38 88 / 95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Hamel Asmaa

Casablanca le :

4/3/24

1) Hyal

l'app = 21j

• 10j

2) Dolepeane 1g

1 op / j

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
City Office - Bureau n° 5, Quartier Missimi  
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 35

• 10j

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 04/03/2024

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 6517 E-mail : ABELLA@royalairmaroc.ma Phones : 06 73 56 44 87  
Nom et Prénom de l'adhérent : HANIF ASMARA  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
Estime que l'état de santé de Mlle. Mme. M. Hanif Asmar  
Nécessite Kinésithérapie  
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):

- Arthrose de la hanche
- Neutropénie chronique

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Articulations  
City Office - Bureau A5, 1<sup>er</sup> et  
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/95

### 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.



**Cabinet de kinésithérapie HASNA KASMI****FACTURE**

Hay Salam, lot Rida N28 cabinetkasmi@gmail.com

**N° de factur****26/2024**

appt N2 rdc casablanca

**Date de factur :****29/03/2024**

Tél. : 05 22 65 80 18

HANIF ASMAA

| la date de sceance | DESCRIPTION          | Colonne1 | PRIX UNITAIRE |
|--------------------|----------------------|----------|---------------|
| 01. 04/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 02. 05/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 03. 06/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 04. 07/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 05. 08/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 06. 11/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 07. 12/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 08. 13/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 09. 14/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 10. 15/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 11. 18/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 12. 19/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 13. 20/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 14. 21/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 15. 22/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 16. 25/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 17. 26/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 18. 27/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 19. 28/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |
| 20. 29/03/2024     | rééducation physique |          | 150,00 MAD    |

**payement cache****TOTAL DES SEANCES****20**

INPE: 065057531

total: 3000 dh

appt. N 0 2 rdc

Tél: 0522 65 80 18

**N:CNSS:5945748**

Patante: 36032630

Hay Salam, Lot. Rida N 0  
28

Haj Fateh - El oulfa - Casablanca

**ICE:00208481900  
0055**RC: 430 556 - IF:  
24975765

**Cabinet Kasmi Hasna**  
Kinésithérapeute et Physiothérapeute  
Hay Salam, Lot. Rida N° 28 Appt N° 2  
Haj Fateh - El oulfa - Casablanca  
Tél. : 0522 65 80 18 - INPE : 065057531

N° Dossier: 197517   
N° Dossier externe: ACC-06515-05/03/2024  
Type de dossier: REEDUCATION   
Bénéficiaire: HANIF ASMAA  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 05-03-2024   
Date de fin:   
Date de saisie: 05-03-2024  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

| Date       | Type   | Commentaire                                        |
|------------|--------|----------------------------------------------------|
| 05-03-2024 | Manuel | OK ACC 20 SEANCES KINÉ POUR LOMBALGIE +CERVICALGIE |