

## 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 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- 0027518

ACC

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : DAM (REF)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SABIRI Saïd  
 Date de naissance : 05-11-52  
 Adresse : 64 Rue Ezzejjafune  
 30 LA GIRONDE, CASAH  
 Tél. : 0666 8181 24 Total des frais engagés : 3600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/2022  
 Nom et prénom du malade : Saïd SABIRI Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Myélite dorsale  
 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 : CASAH Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0027518

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 : 3180  
 Nom de l'adhérent(e) : SABIRI Saïd  
 Total des frais engagés : 3600 Dhs  
 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
14/10/22	CS		9	

# 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	
	10/10/22					120 DH
						x 30
						3600 DH

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

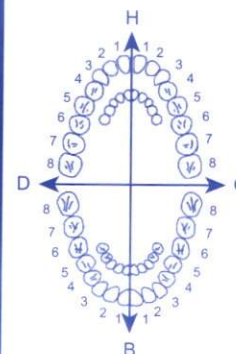
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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]

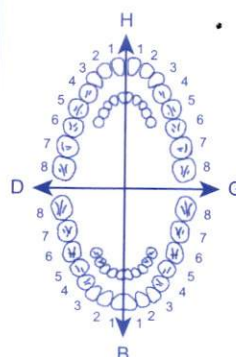
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

14/10/2022

M. SAID SARI

Patient âgé de 60 ans suivi  
pour Myélite (Dérégulation inflammatoire?)

=> Rééducation Motrice  
Marche et équilibre

1 x 30 séances

(3 séances / semaines)

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

Le 14/10/2022

Prendre ADR  
NPR, PR Fatimi





## وصفة طبية

Ordonn



2200574347 / H0122010856

Prénom : SAID

Nom : SABIRI

DDN : 05/11/1952 E: 11/10/2022

Service : HDJ MEDECINE 1 (NA)



PAYANT  
Sexe: M

Casablanca, le : 14/10/2022

Myélite dorsale / paravertébrale

→ Renforcement Psoas / Quadriceps

→ Intégration aux travail réajustés

genu qui limite schéma de marche

donc plus stable / is - stable

30 séances / 03 séances / semaine

MARFOUQ ILHAM  
KINESITHERAPEUTE  
LA GRONDE CASABLANCA  
TEL : 0522 54 30 16

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr et en : LAB ELATIF  
Médecin d'urgence et réanimation  
0910 47 377



# Cabinet Azzahraa

Mme MARFOUQ ILHAM  
KINESITHERAPEUTE

Le : 20/10 /2022

DEVIS n°82: 2022

Mr : SAID SABIRI

NOMBRE DE SEANCES	PRIX
30 Séances de rééducation	3600dh

Arrêtez le présent devis à la somme trois mille six cent dirhames.

MARFOUQ ILHAM  
KINESITHERAPEUTE  
20/10/2022

Cabinet Azzahraa  
Résidence Mariya B- 2ème étage-n°47 angle rue Ifni et Bd la Gironde-Casablanca  
Tél : 0522 54 30 16  
Patente n° : 32605520 / ICE : 001825661000031 / IF : 15209874