

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0038175

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUR MORTAGA

Date de naissance : 10-03-1955

Adresse : DAR CHAOUI Rue 6 N° 7 ANWELHOK - CASABLANCA

Tél. : 0661 88 82 44

Total des frais engagés : 4200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAKFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 26 20 19  
Email : h.faooui@hotmail.com

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Boukridou EAH

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age : 55

Nature de la maladie : Prothèse Totale de genou

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 : 10/03/2019

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
05/10/19				<i>[Signature]</i> Dr. HARFAOU Abdelhak Professeur Chirurgie Implantologie Orthopédique Clinique Roane Casablanca Tél: 05 22 36 22 42 Email: n.harfaoui@hotmail.com

# 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

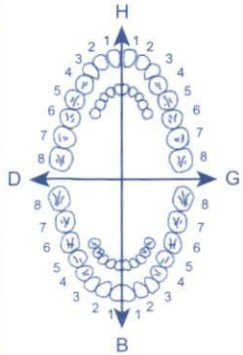
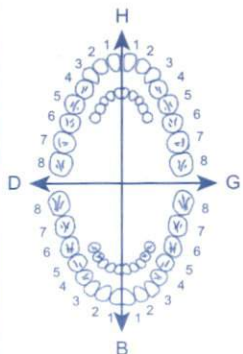
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>[Signature]</i> CENTRE D'AZEL DE KINESITHERAPIE 171 Rue Hal Omar Riffi Casablanca Tel: 05 22 31 83 59	07-11-19	21				42000 JH

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Appel de 09/10/2019

3532

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

رفاوي عبد النصر

أستاذ

نظام و المفاصل

Casablanca, le 5 10 2019 الدار البيضاء

Boukidou SP AMIA

Gouanth xov dit  
Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : n.harfaoui@hotmail.com

Prélève tôle de f dit

Faire 30 sies de red de cet

de f dit



Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : n.harfaoui@hotmail.com

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : n.harfaoui@hotmail.com





CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE  
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport  
Traitement de la douleur

**Abderrahim DEZZAZ**

Professeur Agrégé en Physiothérapie  
Diplômé de l'Université de Bruxelles

Calendrier des séances de kinésithérapie :

Mm BOUKIDOUSS AMINA

22/10/2019	23/10/2019	24/10/2019
25/10/2019	26/10/2019	28/10/2019
30/10/2019	01/11/2019	04/11/2019
05/11/2019	07/11/2019	08/11/2019
12/11/2019	14/11/2019	16/11/2019
19/11/2019	20/11/2019	21/11/2019
22/11/2019	25/11/2019	27/11/2019

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE  
171 Rue Hadj Omar Riffi  
Casablanca  
Tél : 05 22 31 83 59



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE  
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport  
Traitement de la douleur

**Abderrahim DEZZAZ**

Professeur Agrégé en Physiothérapie  
Diplômé de l'Université de Bruxelles

SARL au Capital de	500.000,00 DH
RC	423525
AUTORISATION N°	5113 du 10/07/2017
PATENTE N°	34257424
IF	33632533
ICE	002182423000042
CNSS	1362804

**BOUKIDOUSS AMINA**

CASABLANCA

Facture N°	Date	Patient	Assurance Patient
FA19/000239	27/11/2019	0383	MUPRAS

Quantité	Désignation	P.U. HT	Montant HT
21	Séance de kinésithérapie AMM10 + AMM10/2 + IR x 0,75	200,00	4 200,00

**NET A PAYER**

**4 200,00**

Arrêté la présente Facture à la Somme de :

quatre mille deux cents Dhs

**CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE**  
171 Rue Hadj Omar Riffi  
Casablanca  
Tél: 05 22 31 83 59