

# 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.

## 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.

## Educational :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

03532 N° P19-0038173

☒ Maladie

☐ Dentaire

N°D  
12286

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Nouni 03532 Société : NAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Nouni Nouria

Date de naissance : 10.09.1955

Adresse : Am. Citrou, Rue 624 - Casablanca

Tél : 661 88 82 44 Total des frais engagés : 1080,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bouki Douss Age : 55

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

Nature de la maladie : Prothèse Totale de l'Artère

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 : 12/12/2013

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			6111.7	

# 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	
	25/11/19	09	AMM	12		1080.00 DM

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

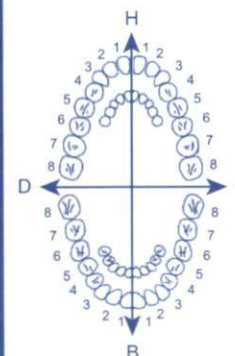
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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)

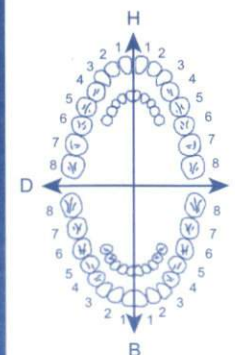
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Appel de 09/10/2019

3532

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

رفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

عظام و المفاصل

Casablanca, le 5-10-2019 الدار البيضاء

Boukidoouss AMIN

Courtois de dit

Prothèse totale du f. dit

Faire 30 sias de réduction

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 MOUMTAZ DE KINESITHERAPIE

مركز الترويض الطبي مومتاز

le: 25/11/2019

Facture 165/19

Nom et prénom: BOUKIDOUSS AMINA

Nombre de séances: 09

Prix unitaire: 120,00 DHS

Prix total: 1080,00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Mille Quatre Vingt dirhams

Réglée: Espèces

ASMAA MOUMTAZ  
Kinesithérapeute  
Lot Al Mostakbal, Immeuble L039  
02, RDC - Sidi Maarouf  
05 22 32 12 43



# CENTRE MOUMTAZ DE KINESITHERAPIE

مركز الترويض الطبي مومتاز

## Calendrier des séances

n° de séance	Date
1	07.10.2013
2	08.10.2013
3	09.10.2013
4	10.10.2013
5	11.10.2013
6	14.10.2013
7	15.10.2013
8	16.10.2013
9	18.10.2013
10	<del>19.10.2013</del>

ASMAA MOUMTAZ  
Kinesithérapeute  
Lot Al Mostakbal, N°m LO39  
Pât N° 02, RDC - Sidi Maarouf  
Tél: 05 22.32 12.43 /