

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

- 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

N° W19-596380

62355

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8644 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Hamidline Lahcen

Date de naissance : 25/05/71

Adresse : N°231 Apt 231 Residence Riad amane

May choufa An chook

Tél. : 0659.79.16.84 Total des frais engagés : 2.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumatologie-Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél : 05 22 94 20 00 - INPE : 091119495
ICE : 001679391000063

Date de consultation : 15/09/20

Nom et prénom du malade : Hamidline Souhaila Age : 13

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

Nature de la maladie : Scoliose

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 : 15 / 09 / 20

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
5 DEC 2020	S			INP : Professeur A. REFAS Chirurgie & Traumatologie Pédiatrique 237, Bd. Zerktouni - Casablanca 24.20.00-INPE : 0911... 2023

[illegible]

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

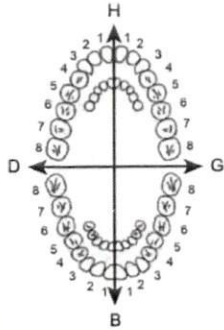
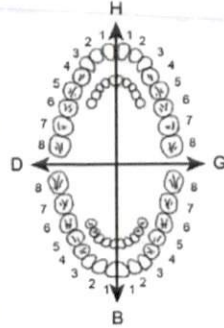
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	09-02-2011	x				100 ch x 20 = 2000.000

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.

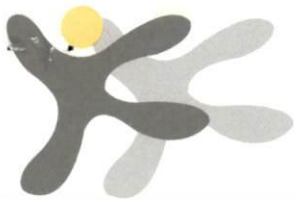
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الركشور عيبر الراجر الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

15 Décembre 2020

Nom et Prénom : HAMIDDINE Souhaila.

Diagnostic : Scoliose.

Acte : Kinésithérapie.

Nombre de séances : 20.

Signé : Pr. A. REFASS

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE AïKA
Aïcha Ofkir
Rte Assalane Al Anik, Bd El Qods
Imm 404 App N° 2, 2^{ème} étage
Tél : 05 22 52 35 85

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumato-Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 94 20 00 - INPE : 091119485
ICE : 001679391000063

Cabinet : Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.942.009 - e-mail : a.refass@gmail.com

Clinique : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 15 DEC. 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8644 e-mail : lhamiddine@royalairmaroc Phones : 0659 79 1684
Nom et Prénom de l'adhérent : Hamiddine Lahcen
Nom et Prénom du bénéficiaire : Hamiddine Souhaila

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Hamiddine Souhaila
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
Kinésithérapie
Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)
Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumatologie-Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 24 20 00 - INPE : 091119495
INPE : 001679391000063

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

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.

0522525385-0620824555

- Neurologie
- Traumatologie
- Rhumatologie
- Gynécologie
- Pédiatrie
- Kinésithérapie Respiratoire
- Drainage lymphatique
- Rééducation vestibulaire
- Kiné périnéal
- Amincissement

Centre AIKA de Kinésithérapie et d'aminicissement

Facture

Facture N :

Date:/CASABLANCA le : 09/02/2021

Nom de patient : HAMIDDINE SOUHAILA

Nom de médecin traitant : PR A. REFASS

Diagnostic	Nombre des séances	Dates	Prix unitaire	Prix total
AMMG+IR DOMICIL	20	21/12/2020 23/12/2020 26/12/2020 28/12/2020 31/12/2020 02/01/2020 04/01/2021 06/01/2021 09/01/2021 12/01/2021 15/01/2021 19/01/2021 21/01/2021 23/01/2021 26/01/2020 29/01/2020 01/02/2021 04/02/2021 06/02/2021 09/02/2021	100.00DH	2000.00DHs

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE AIKA
 Aicha OFKIR
 Rés Assakane Al Anik, Bd El Qods
 Imm 404 Appt N° 12, 2ème étage
 Tél : 05 22 52 31 85