

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-663724

00 94712

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5903 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitee

Nom & Prénom : Zeghari Nodia

Date de naissance : 19 10 1958

Adresse : 1 rue oued Al Makhazine Res ghira Apt 4 Rabat

Tél. : 06 61 47 03 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 10 2021

Nom et prénom du malade : Zeghari Nodia Age :

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

Nature de la maladie : Rachialgie sur scoliose opérée

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 : Rabat Le : 22 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : Zeghari

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-663724

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 : 5903

Nom de l'adhérent(e) : Zeghari Nodia

Total des frais engagés : 300,004 300

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
	CG		3008	INPE.101064129

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Adras MALA	21.12.2011					3000

✂

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	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 MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Kiné - Santé - Malah
Centre d'hydrothérapie

Rabat le 22/02/2022

Facture

Facture pour 15 Séances de rééducation du
rachis au profit de Mme Zaghari Nadia adressée
par Dr Fassi Fehmi Magida

$$200 \text{ DA} \times 15 = 3000 \text{ DA}$$

Avec la présente facture à la somme de
Trois mille dinars

ADRES MALAH
Kiné - Santé - Malah
Sect. 17, Hay Ryad - Rabat - Maroc
Rabat - Maroc

IF: 35398030 / ICE: 001548742000084

Dr. FASSI FEHRI Majida

Diplômée de la faculté de médecine de PARIS

RHUMATOLOGUE

MEDECIN PODOLOGUE

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE
AUPRES DES TRIBUNAUX

الدكتورة الفاسي الفهري مجيدة

خريجة كلية الطب بباريس

مختصة في أمراض الروماتيزم

ومختصة في أمراض الأرجل

خبيرة محلقة لدى المحاكم

Rabat, le :

09 NOV. 2021

الرباط، في :

Adraa MALAN
KINE SANTE
Kinésithérapeute
Sect. 17, Bloc D n°3, Hay Riad
Rabat - Tél... 06 91 55 72 52

Zeghari Nadus

Faire 15 séances de rééducation
Coton du rachis comprenant
des massages décontractants
de la physiothérapie et enfin
des exercices de renforcement
des muscles paravertébraux
et de la ceinture abdominale
Accompagnés d'exercices respiratoires
A raison de 30 euros/seance

17, Rue Moulay Ahmed Loukili

رنقة مولاي أحمد الوكيل

Tél. : 0537 76 05 98 & 0537 76 75 87 : الهاتف

FASSI FEHRI Majida
Rhumatologue
17, Rue Moulay Ahmed Loukili
Rabat - Tél... 06 91 55 72 52



Kiné - Santé - Malah
Centre d'hydrothérapie

Rabat le 22/02/2022

calendrier pour 15 semaines de rééducation du
rachis au profit de Mme Leghail Nadia

- 07/12/2021
10/12/2021
14/12/2021
17/12/2021
21/12/2021
23/12/2021
31/12/2021

- 04/01/2022
07/01/2022
14/01/2022
18/01/2022
21/01/2022
11/02/2022
15/02/2022
22/02/2022

Adres MALAH
KINÉ
Sect. 17, Hay Ryad - Rabat - Tél / Fax : 05 37 56 44 33 - GSM : 06 61 55 72 69
Patente : 255664279 - R.C. : 77 626 - C.N.S.S. : 6781191

IF: 35398030 / ICE: 001548742000084



Kiné - Santé - Malah
Centre d'hydrothérapie

Rabat 23/11/2021

Dev's

Dev's pour 15 séances de rééducation du rachis
au profit du ^{me} Zeghrai Nadia adressée par
D^r Fassi Fehri Najida

200 DH x 15 = 3000 DH

Ainsi le présent dev's à la somme de Trois mille
dirhams

Adra MALAH
KINÉ SANTÉ
Kinésithérapeute
Sect. 17, Bloc D N° 9, Hay Riyad
Rabat - Tél : 06 61 55 72 69

IF: 35398030 / ICE: 001548742000084

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 09/11/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 5903	e-mail : zeghar.nadia@airmaroc.ma
Nom et Prénom de l'adhérent : Zeghar Nadia	Phones : 06 61 4703 11
Nom et Prénom du bénéficiaire : moi même	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Rhumatologue - Podologue	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Zeghari Nadia	
Nécessite 15 séances de rééducation rachidienne	
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) :	
Rachialgies ou scoliose opérée	
Cachet, date et signature du praticien	 Dr. FASSI FEHRI Majid Rhumatologue - Podologue 17, Rue My Ahmed Loukili - Rabat Tel: 0537 76 05 98 INPE: 101064129
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.