

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° W21-691362

108611

Sans accord préalable

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2473**

Société : **RAM**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : **KADAN NARIKA**

Date de naissance : **27/05/1953**

Adresse : **177 Bd El Fath El Aout 3ème étage**

Tél : **0663355119**

Total des frais engagés : **600 000 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **27/05/2022**

Nom et prénom du malade : **Bruno Abdelhak**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : **27/05/22**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	Fracture 22/01/22	Reed	05	06	00	600 DH
		du 1 membre Supérieur (ghe)	x			
			120 DH.			

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				MONTANTS DES SOINS		
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
				MONTANTS DES SOINS		
				DATE DU DEVIS		
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed Saleh BENNOUNA
Diplômé de la faculté de médecine de LYON

Spécialiste en Rhumatologie
Vertébrothérapie et Médecine Manuelle-Ostéopathie
Echographie appliquée à la rhumatologie
Surveillance des risques toxiques professionnels.

ORDONNANCE

Casablanca, le

18 Fé 2022

M^r EL BOURACHDI Abdelhakim

Faire faire par MKDE
membre supérieur
avec :

Gug
gauche

séances de rééducation du
à raison de trois par semaine

- + Micromobilisations de la scapulo-humérale de type Menell.
- + Mobilisation passive de l'omoplate.
- + Stabilisation rythmique dans les secteurs libres.
- + Posture progressive et indolore en contracter relâcher vers les secteurs limités.
- + Physiothérapie antalgique.
- + Pas de MECANOTHERAPIE.

Docteur MS. BENNOUNA
VERTEBROTHERAPIE - OSTEO
ECHOGRAPHIE
8, Bd Khouribga - Casablanca
Tél: 0522 54 06 00 / 06 61 19 40

8, Bd Khouribga (Angle place de la Victoire) 2^{ème} Etage-Appt. N°8-
CASABLANCA - MAROC

Tel: 00 08 212 6 22 54 06 00

36

Urgence : 00 212 6 61 19 40

E-mail : bennouna.ms@gmail.com

Casablanca le 28/02/2022

FACTURE

Facture à :
MR :EL BOURACHDI
ABDERRAHIM

N° de facture: 12/18
Date de facture: 28 FEVRIER 2022

Date début des séances	Date fin des séances
19/02/2022	28/02/2022

Réf.	Description	Quantité	Prix unitaire	Total
REE	REED DU MEMBRE SUPERIEUR GHE	05 séances	120.00	600.00
Montant				600.00

CALENDRIER DES SEANCES :

19/02/2022
21/02/2022
23/02/2022
25/02/2022
28/02/2022

Le Montant de la présente facture n°012/22 est arrêtée à la somme de SIX CENT dirhams.

ILIASSE AIT HMIDA
Kinésithérapeute, Physiothérapeute
Signature : AIT HMIDA ILIASSE
Angle Papal El Meskini et Bd Lalla Yacout,
Complexe Commercial Borj El Yacout
Entrée "C" Cabinet N° 6 - Casablanca
Tel : 05 22 21 55 05

Angle bd rahal elmskini et bd lalla yacout entrée c 2ème étage cabinet n°6
RC : 389634 PATENTE : 33390250 IF : 45490032 CNSS : 8426175 ICE : 001776872000074