

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 canalaires, 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 canalaires.

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 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

108021

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000196

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11037 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AIT SAID ARAF Date de naissance : 11/04/1976
Adresse :
Tél. : 0662402267 Total des frais engagés : 4500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OTHMAN MOHAMED JAD Age : 22 JUN 2022

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

Nature de la maladie : Dans la vie avec Contracture du trapèze de l'axe

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 : Le : / /

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
26/01/22	G		C.T.R	

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

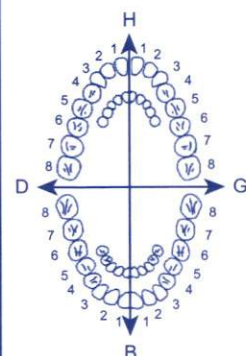
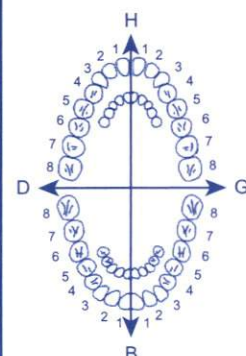
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						15 Sem
						x 300
						= 4500

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
			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

CENTRE DE REEDUCATION Réhabilitation Fonctionnelle BENNANI

ICE : 001680844000020

IF : 44415980

PATENTE : 34450584

Casablanca, le : 20/06/22

FACTURE

N° 005313

Nom :

Y OTHMAN Oued

Prénom :

Yassine

Prix par séance :

2000 dh

Nombre de séances :

15

Total H.T.V.A. :

T.V.A. 7% :

Total T.T.C. :

Capacité mille cinq cent dix / Yassine

BENNANI Abdelhal
Kinésithérapeute - Rééducateur

Diplômé de la Faculté de Médecine de Louvain - Belgique

Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgie de la main

Chirurgie de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تعويض المفاصل

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le في الدار البيضاء

26/01/2022

M. OTHMAN MOHAMED JAD

1) *Dorsalgie avec Contracture du trapèze avec trigger zone
(Muscle angulaire omoplate et sous épineux scapulaire).*

Faire 15 séances de rééducations.

3 / 7

BENNANI Abdelhai
Kinésithérapeute et Rééducateur
3 Bd, Rue d'Athènes 2 Mars
1001 01.44.90 - Casablanca

IR, US, MTP +++.

Massage antalgique doux décontracturant.

Electrothérapie scapulaire.

Renforcement de la ceinture scapulaire et dorso lombaire + Sangle abdominale.

Thermothérapie.

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (café médina), 1^{er} étage
Abdelmoumen Centre 1^{er} Etg Appl N°1
Casablanca Tel: 05 22 864 777

زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المومن (مقهى المدينة) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (café médina), 1^{er} étage

Tél.: 0522 864 777 - GSM: 0661 864 844 - الهاتف - E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr : البريد الإلكتروني

Instagram: drtaoufikamine

ORDONNANCE

A

CASA

/Le

20/06/22

06/04/22
13/04/22
16/04/22
20/04/22
27/04/22
04/05/22
07/05/22
11/05/22
18/05/22
25/05/22
28/05/22
04/06/22
11/06/22
15/06/22
18/06/22

Agen de Jeanes de
Reeducation pour
OTHMAN Mohamed

DENNANI Abdelhal
Kinésithérapeute et Educateur
3 bis rue d'Algeres 2 Mars
Tel. 44.98 - Casablanca

CENTRE DE REEDUCATION Réhabilitation Fonctionnelle BENNANI

Casablanca, le :

26/02/22

DEVIS

Nom :

OTHMAN J. Mohamed

Prénom :

JAD

Prix par séance :

3000 Dh

Nombre de séances :

15

Total H.T.V.A. :

T.V.A. 7% :

Total T.T.C. :

(Quatre mille cinq cents dirhams) 4500 Dh

BENNANI Abdelhak
Kinésithérapeute et Rééducateur
8 bis, Rue d'Athènes 2 Mars
Casablanca

Diplômé de la Faculté de Médecine de Louvain - Belgique

AIT SAID AFAP

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Envoyé: vendredi 25 mars 2022 15:06
À: AIT SAID AFAP
Objet: RE: accord kine mle 11077
Pièces jointes: ACCORD DE REEDUCATION OTHMAN MOHAMED JAD.PNG

Bonjour

l'accord de rééducation de Mr OTHMAN MOHAMED JAD est accordé pour 15 séances.

CORDIALEMENT.

De : AIT SAID AFAP <AAITSAID@RoyalAirMaroc.com>
Envoyé : mercredi 23 mars 2022 15:23:38
À : PRISE EN CHARGE
Objet : RE: accord kine mle 11077

Bonjour

Veuillez trouver ci-joint le document demandé.

Bien cordialement

De : PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Envoyé : lundi 21 mars 2022 08:48
À : AIT SAID AFAP <AAITSAID@RoyalAirMaroc.com>
Objet : RE: accord kine mle 11077

Bonjour

l'accord de Mr OTHMAN MOHMED JAD est en instance pour motif: manque causes et circonstances.

CORDIALEMENT.

De : AIT SAID AFAP <AAITSAID@RoyalAirMaroc.com>
Envoyé : vendredi 18 mars 2022 16:14:27
À : PRISE EN CHARGE; contact
Objet : TR: accord kine mle 11077

Bonjour

Pour rappel

Je n'ai toujours pas eu de retour pour l'accord, je vous ai apl plusieurs fois toute la journée mais sans réponse. Vous avez apl un numéro erroné mon portable est comme indiqué sur la feuille de soin 0661402167.

Merci de me faire un retour .

Bien cordialement

De : AIT SAID AFAP
Envoyé : mercredi 16 mars 2022 11:12

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule :	e-mail :	Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :		
Nom et Prénom du bénéficiaire :		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné :		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <i>Dr. H. El J. A.</i>		
Nécessite		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)		
<i>15 heures de réduction supplémentaire</i>		
<i>donnée.</i>		
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) :		
<i>Intolérance à l'antibiotique Proge</i>		
<i>trappe zone</i>		
Cachet, date et signature du praticien		
<i>26/01/22</i>		
<i>[Signature]</i>		
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.



Casablanca le 31/12/2021

Dr. Mustapha AKIKI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

PATIENT : OTHMAN MOHAMED JAD
MEDECIN TRAITANT : DR. AMINE TAOUFIK
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX. RACHIS ENTIER F/P
K.

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA

Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Absence de déviation significative dans le plan sagittal.
Discrète attitude scoliotique dorso-lombaire

Dr. Hakima BENKIRANE

Ep. Benjelloun

Spécialiste en Radiologie
Laureate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

Confraternellement
DR BERRADA AZ EL ARAB
INPE : 091032870

IRM Haut champ

Scanner Spirale Multi-barettes

Imagerie Cardio-Vasculaire

Radiologie Générale Numérique

Mammographie/Tomosynthese

Echographie-Doppler Couleur

Echo-Doppler 3D, 4D

Echographie Morphologique

Cone Beam

Panoramique Dentaire Numérique

Denta-scanner

Téléradiologie 4 mètres Numérique

Osteo-densitométrie Biphotonique

Radiologie Interventionnelle