

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 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
- 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

M22- N° 003296

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003296

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Zohra RIF

Date de naissance :

Adresse : Bernoussi Hy El Aouls Résidence EL FAJR

Tél. : 06 04 16 09 84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMRATI Mohammed
NEURO CHIRURGIEN
Chabab II, Imm F7, Apt 2
à Côté (ACIMA Bernoussi)
Ain Sebaa - Casablanca

Date de consultation : 11 JAN 2023

Nom et prénom du malade : NAHIL ELNEHD

Age : 25

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Trisonomie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 09 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 003296

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
16 JAN 2023	2	1	3000	

attestant le Paiement de

[illegible]

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

ALPHABETIQUES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
طبيب الخدمات الاقتصادية سيدي البرنوصي شعبة	31 MARS 2023	Séances d'orthophonie Séances Psychomotricité Frais du Mois	Travaux	4200,00		

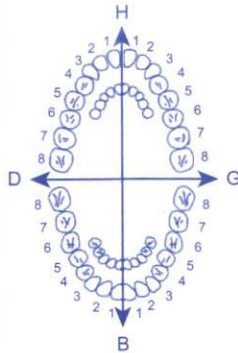
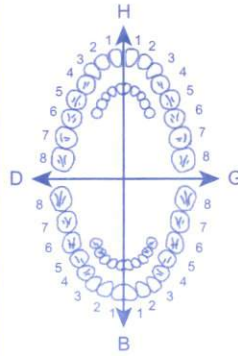
£ 4200,50 ^{DH} £

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'O.D.F.

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 D <table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>25533412</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td></tr> </table> H <table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>11433553</td></tr> </table> G <table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>11433553</td></tr> </table> B			25533412	00000000	00000000	35533411	21433552	00000000	00000000	11433553	21433552	00000000	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412																
00000000																
00000000																
35533411																
21433552																
00000000																
00000000																
11433553																
21433552																
00000000																
00000000																
11433553																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				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

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.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	H 25533412 21433552 00000000 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	B	MONTANTS DES SOINS
	(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

VOLET ADHERENT

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

DOCTEUR AMRATI MOHAMED
NEURO CHIRURGIEN

Spécialiste des maladies et
Chirurgie de la Tête, du Cerveau, de la
Colonne Vertébrale et de la Moëlle Epinière
Epileptologie Enfants et Adultes
Electroencephalogramme



Ex. : Chef de Service Neurochirurgie
Hôpital Mohammed V - Meknès
Ex. Neurochirurgien attaché au C.H.U.
Ibn Rochd - Casablanca
Ancien Interne des Hôpitaux de France

الدكتور عمرو عمارتي محمد
طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس،
الدماغ، العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب
علاج داء الصرع كبار و صغار
التخطيط الكهربائي للدماغ
رئيس قسم جراحة الدماغ بمستشفى محمد الخامس
بمكناس سابقا
جراح ملحق سابقا بقسم جراحة الدماغ
بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 17 6 JAN 2023 في الدار البيضاء،

certificat rebizel
Dr. AMRATI MOHAMED
NEURO CHIRURGIEN
Chabab II, Imm F7, Apt 2
à Côté (ACIMA Bernoussi)
Aïn Sbaâ - Casablanca
Je soussigné
attest que l'examiné M. NADIR
EL JETANI trisonique et
recevra des soins de
psychomotricité 2 fois par semaine

Dr. AMRATI Mohammed
NEURO CHIRURGIEN
Chabab II, Imm F7, Apt 2
à Côté (ACIMA Bernoussi)
Aïn Sbaâ - Casablanca

DOCTEUR AMRATI MOHAMED
NEURO CHIRURGIEN

• Spécialiste des maladies et
Chirurgie de la Tête, du Cerveau, de la
Colonne Vertébrale et de la Moëlle Epinière
Epileptologie Enfants et Adultes
Electroencephalogramme

Ex. : Chef de Service Neurochirurgie
Hôpital Mohammed V - Meknès
Ex. Neurochirurgien attaché au C.H.U.
Ibn Rochd - Casablanca
Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور عمرو امراتي محمد
طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس،
الدماغ، العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب
علاج داء الصرع كبار و صغار
التخطيط الكهربائي للدماغ
رئيس قسم جراحة الدماغ بمستشفى محمد الخامس
بمكناس سابقا
جراح ملحق سابقا بقسم جراحة الدماغ
بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 16 JAN 2023 في الدار البيضاء

Certifie médical

Je soussigné

ambien du et examiné

77 ANHIL EL ZEHOUSI trisomique

et nécessite des soins

d'orthophonie tous les jours

Dr. AMRATI Mohammed
NEURO CHIRURGIEN
Chabab II, Imm F7, Apt 2
à Côté (ACIMA Bernoussi)
Aïn Sbaâ - Casablanca

N° Dossier: 149682
N° Dossier externe: ACC-05767-16-02-2023
Type de dossier: REEDUCATION
Bénéficiaire: MAHIL ELMEHDI
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 16-02-2023
Date de fin: 16-02-2023
Date de saisie: 16-02-2023
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
16-02-2023	Manuel	OK POUR 3MOIS

Planning

N° : 006/2023

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : B3123865

ACTE	Mois Janvier	Mois février	Mois Mars
Séances d'orthophonie	3 fois /semaine	3 fois /semaine	3 fois /semaine
Séances de psychomotricité	2 fois /semaine	2 fois /semaine	2 fois /semaine

جمعية قلوب رحيمة للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

الرئيسة : فصح زينب

DEVIS

N° : 005/2023

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865

ACTE	PRIX	MONTANT
Frais du mois :	600DH/Mois	1800DH
Séances d'orthophonie	400DH/MOIS	1200DH
Séances de psychomotricité	400DH/MOIS	1200DH
TOTAL	4200DH	

La somme de devis arrêté : quatre MILLE deux CENT Dirhams

جمعية قلوب رحيمة
للخدمات شبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

الرئيسة : فصح زينب

GSM : 06 28718099 - E-mail : compatissantscoeurs@gmail.com

المقر : دار الشباب سيدي البرنوصي

Planning

N° : 026/2023

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865

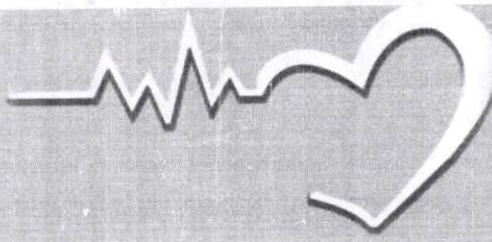
جمعية قلوب رحيمة للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

31 MARS 2023

ACTE	Mois Janvier	Mois février	Mois Mars
Séances d'orthophonie	3 fois /semaine	3 fois /semaine	3 fois /semaine
Séances de psychomotricité	2 fois /semaine	2 fois /semaine	2 fois /semaine

جمعية قلوب رحيمة للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

الرئيسة : فمح زيب



FACTURE

N° : 025/2023

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865

31 MARS 2023

جمعية قلوب رحيمة
للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

ACTE	PRIX	MONTANT
Frais du mois :	600DH/Mois	1800DH
Séances d'orthophonie	400DH/MOIS	1200DH
Séances de psychomotricité	400DH/MOIS	1200DH
TOTAL	4200DH	

La somme de facture arrêt : quatre MILLE deux CENT Dirhams

جمعية قلوب رحيمة
للخدمات
الشبه طبية والاجتماعية
سيدي البرنوصي

الرئيسة : فهد زيب