



**MUPRAS**

760752  
MUPRAS SOCIÉTÉ DE RAPPEL MAROC

- 06. 68. 41. 92. 20

ORIGINAUX SERONT DÉPOSÉS  
UNE FOIS SEANCES TERMINÉES

le ..... / ..... / .....

59035

M.H.A

## DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 0752

N° de poste: .....

Nom et Prénom de l'adhérent: S.LITINE ELHAGI N° Tél bureau: .....

MULAY MHAMED

Nom et Prénom du bénéficiaire: JADOUA ABDERRAZAK N° Tél mobile: 06.68.41.92.20

SHAITARAZED

A remplir par le praticien

Je soussigné: Mme Leila Chahed

Estime que l'état de santé de M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>: Mme Sltine shahrazed

Nécessite 08 séances de rééducation

Un acte côté à la nomenclature: ( préciser le coefficient) 08 AN09

1360 m ( soit 170 m / xon6)

Une hospitalisation de : (Approximatif) Centre Kinémp

A: (préciser l'établissement hospitalier) Cabinet Med. Col.

Strictement confidentiel

Renseignement 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 médecin conseil de la MUPRAS

Décision:

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 022-91-23-36 / 022-91-23-76

SIEGE SOCIAL : ABROPORE CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel: 022-91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax: 022-91-26-52

E-mail : Mupras@royalairmaroc.com

DOCTEUR RACHID LARAKI

01/02/2021

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE  
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE  
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

Refilia Mejjad

Kinesiologie

8 semaines

Ataxie

→ refusent de  
l'équilibre





centre  
**Kinema**  
Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle

**LEILA GHALLAB**

Kinésithérapeute & Physiothérapeute  
Diplômée de l'Université de MALAGA  
(Espagne)

108 Bd Ghandi,  
16 Rue Jabal Saghou - Casablanca  
Tél, Fax : 022 39 77 70  
E-mail : centrekinema@menara.ma

Casablanca le : 04.02.21.

## DEMANDE D'ACCORD

Pour une série de : 08 Séances de : Anng

Renforcement de l'équilibre

Au prix de 1360 m (soit 160 m / séance)

Adressée à N<sup>me</sup> Sihine Shahrazed

Durant la période du 04.02.21 au 08 séances 2021

Sur Ordonnance du Docteur

Centre Kinema  
Kinésithérapie & Rééducation fonctionnelle  
Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle  
108 Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghou - Casablanca  
Tél, Fax : 022 39 77 70  
E-mail : centrekinema@menara.ma  
Autun 2021  
Leila GHALLAB



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'Actions Sociales de ROYAL AIR MAROC

le 21/02/2021

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)**

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr Rachid Rechidi

Certifie que M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M:

DIAOU DADAWAN Sharef

Présente

ATAXIE ANTI-GAD

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance.

(A défaut noter le traitement prescrit).

(✓) : valable 3 mois

Dr Rachid Rechidi

Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
01/02/2021	08	G		Mehdi LARAKI Médecine Dentaire Praticien Dentiste Signature et date : 08/02/2021

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE 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 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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**

## 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 062351

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0752

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SЛИTINE ELIGHARI MAULAY M'HAMED

Date de naissance : 01/02/1943

Adresse : 18, LOT ARSET LEKBIR, MAARIF, CASABLANCA

Tél. : 68.41.92.20 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2021

Nom et prénom du malade : Slitine Elighari Shehrazad 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ATAXIE Anti GAD

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 : 01/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :