

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKIRI ALACIRI MOHAMMED

Date de naissance :

18/06/1959

Adresse : DERB KOREA 39 N° 42 CASABLANCA

Tél. : 0666263705 Total des frais engagés : 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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.

16 DEC. 2019

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) : OJ

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-040111

16 DEC. 2019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Déclaration de Maladie

N° P19-

040111

Acc. Kine

12566

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le paiement des Actes
03/19/19	C		Gratuit	<i>Docteur Hafid Agouah</i> Chirurgie Uro-génitale et Viscérale Chirurgie Khumal et Chirurgie de la Colonne Vertébrale 14, rue de la Colonne Vertébrale 9546 J.S

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/02/99	Ann				15 & 120 5 1800

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
 - SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
 - AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
 - AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 - AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
 - AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 - R-Z = Electro - Radiologie
 - B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOURL EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes

comportant un ou plusieurs échelons

au cours du temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1610049

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BAKRI NACIRI MOHAMMED

Matricule : 3563 Fonction : R Poste :

Adresse : DERB IC07ea 39 N° 42 CASA

Tél. : 06.66.26.37.01 Signature Adhérent : C.J.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BAKRI NACIRI MOHAMMED Age : 31

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 18/11/88

Nature de la maladie : epid. d'origine

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

A : Casa le 15.11.88 Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1610049

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



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 Paiement des Actes
15/11/19	C		250.00	Docteur Hafid Abdellah Khlifi Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Chirurgie Rhumatismale chirurgicale Médecin de la colonie 022 522 093
31/12/19	C		Comptes	Docteur Hafid Abdellah Khlifi Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Chirurgie Rhumatismale chirurgicale Médecin de la colonie 022 522 093

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>Docteur Chirurgie Orthopédique et Traumatologique</i>	<i>25/11/13</i>	<i>2/10</i>	<i>250,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX



VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

MU3563

الدكتور حافظ عبد الحكيم

12566

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Chirurgie Rhumatismale

Chirurgie Arthroskopique (DIU Toulouse)

Chirurgie de la Main

Maladies et Chirurgies du Genou

Maladies de la Colonne Vertébrale

Traumatologie du Sport

جراحة العظام والمقابض

جراحة الروماتيزم

جراحة المجهريّة

جراحة اليد

أمراض وجراحة الركبة

أمراض العمود الفقري

الطب الرياضي

Casablanca le : 03/12/19

555

BAKRI MACIRI Nohamend

epicondylite cubitale

pan descalc cubitale

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroskopique (DIU Toulouse)
Maladies de la Colonne Vertébrale
Télé: 0522 822 555 / 06 25 51 70 71



104, Boulevard EL FIDA Appt 1, Casablanca Tél: 05 22 803 803 / 06 25 51 70 71

Email : docteurhafid@hotmail.com . TP: 34501640 . IF: 40435620 . I.C.E: 001936655000008

Docteur Hafid Abdelhakim

الدكتور حافظ عبد الحكيم

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Chirurgie Rhumatismale

Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)

Chirurgie de la Main

Maladies et Chirurgies du Genou

Maladies de la Colonne Vertébrale

Traumatologie du Sport

صيدلية الفداء
PHARMACIE EL FIDA
151 Bd El Fida - Casablanca
Tél: 05 22 28 12 37

جراحة العظام والمفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهورية
جراحة اليد
أمراض وجراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le 15/11/19

BAKRI NACIRI Noham

95,00 " Neufles colins
1 app 3x1

59,30 4- Boeing 747
1 q 11

84,00 3 Oxygène
1 q 11

936,30

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

جراحة العظام والمفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهريّة
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le 15-11-2019

Compte rendu Radiographique

Nom : BAKRI-NACIRI

Prénom : MOHAMMED

Incidence :

Interpretation :

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale-Chirurgie de la Main
Maladies de la Colonne Vertébrale
Tél: 05 22 803 803 / 05 46 09 58
Email : docteurhafid@hotmail.com . TP : 34501640 . IF : 40435620 . I.C.E : 0019366550000008

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

جراحة العظام و المفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهريه
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le : 15-11-2019

Facture : N° 1780/19

Mr BAKRI-NACIRI MOHAMMED

facture 25-11

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale, Chirurgie de la Main
Maladies de la Colonne Vertébrale
Télé: 0522 803 803

Prise en charge spécialisée pour :

- Les maladies rhumatisantes (arthrite, arthrose ...)
- Les traumatismes (les fractures, les entorses ...)
- Les maladies neurologiques (paralysie, sciatique ...)
- Les maladies de la colonne vertébrale (hernie discale, scoliose ...)

Houria ZOUHRI

kinésithérapeute - Physiothérapeute



Prise en charge spécialisée pour

- Kiné de sport
- Kiné respiratoire
- Gymnastique pré-poste natale
- Drainage lymphatique

Casablanca : 3.12.2019.

N° : 19 Denis → NDS 12563

Nom : BAKR - NACIR Prénom : NOHANED

Réduction : epicondylite gth

Medecin Prescripteur : HAFID ABDELHAKIM

Cotation : ANN

Nombre des séances : 4.5

Cout de la séance : 120 Dh.

Cout Total : 1800 Dh.

Signé :

HOURIA ZOUHRI
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
Tél: 0522.803.803 Gsm: 0641.995.521

46 BD ZERKOUNI ETG 2 APPT N° 06
IF : 18783068 - ITP : 34250693 Email : houriazhr@gmail.com

0522.803.803 - 06.41.99.58.28