

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Ordonnance :

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.

Prothèse 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

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° P19-0041334

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ MUPRAS ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2942

Société : RAM

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DRACI ABDESSAM

Date de naissance : 22-09-1958

Adresse : Bd L No 12 DELOUA

Tél. : 0659612944 Total des frais engagés : 1800 DH 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 :

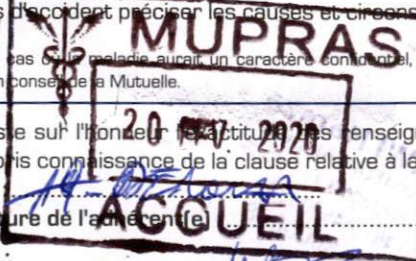
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

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 : 18/02/2020

Signature de l'adhérent (e) : Le : 18/02/2020



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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

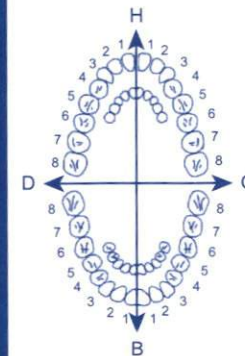
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

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

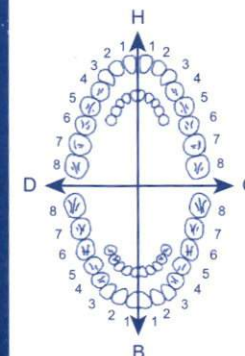
COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبو خليك

جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 27.1.20.

M. DBA Li Abdessaid

- NUS de territoire C6 -

- IRM: Arthrose +
Hernie C3 C4 C6 C7

Mais pas d'indicateurs chirurgicaux

ICINÉ 25 ans

- Raccourcissement de
Trachéa

- ne pas se gêner

البروفيسور علي أوبو خليك
CABINET DE NEUROCHIRURGIE
15 Rue Ma Lande, 2ème étage N°6, Angle rue Amyot
(Près de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

الدروة، في : Deroua, le 05/02/2022

EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

DEVIS N° 000096

EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

Nom et Prénom :

J. DBAL A. DESPAID

la Somme de :

Trile Huit Cent Mille

120x15 = 1800,00 MA

pour :

15 (quinze)

Séances de :

Physiati

sur Neuralgie Cervico-brachial

Signature

EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

تجزئة نجاح حمزة ، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

الدروة، في : 11/02/2020 Deroua, le :

FACTURE

N° 000083

EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

Nom et Prénom : M. DBALI Abdelhak

la Somme de : ألفا حيت أوت ميلو

100 x 15 = 1800,00 m

pour : 15 (quinq) Séances de : Rééducation

du Nouralgie Cervico - Gradual

Signature
EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Appel
le 28/01/2020

Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبو خليك
جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 25.1.20.

18109

ACC

2942

0651628944

M DBALI A. Alouadi

- NUS de territoire C6 -

- IRM: Arthrose +
Hernie C3 C4 C6 C7

Non pas d'indicateurs chirurgicaux

البروفيسور
علي أوبو خليك
CABINET DE NEUROCHIRURGIE
ADULTES ET ENFANTS
15 Rue A. Lande, 2^{ème} étage N°6, Angle rue Amyot
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
(Près de l'Hôpital 20 août)
Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31
E-mail : ouboukhlik12@gmail.com

ICM 25 stages

- Nanocore dans de
Trachoi
- ne pas faire

15 Rue A. Lande, 2^{ème} étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
(Près de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhlik12@gmail.com
EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50

