

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.

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.

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

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- 0037813

☐ Maladie
☐ Dentaire
☐ Optique
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373 Société : RAP

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 01-07-51

Adresse : 178 Hay Achadi Beika
Tenoune

Tél : 066194392 Total des frais engagés : 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 : Cancer

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 : Tenoune Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037813

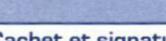
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2373
Nom de l'adhérent(e) : EL HANI
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 | |
| 03 12 <u>2019</u> | - | CG | | | |

[illegible][illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | | |
|--|-------------------|--------|-----|-----|------------------------------------|------------|--|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | A M | P C | I M | | I V | |
|  <p>Centre Kiné - Sia Tél : 06 67 03 30 30 - 06 60 80 18 78 Zone d'Iran, Avenue Hassan V (à côté du Crédit Agricole)</p> | 22/01/2018 | | | | | 15.000.000 | |
| | 23/01/2018 | | | | | 2.250.000 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :

Réducteur lauréat

Professeur Benbouazza Karima
Rhumatologue - Podologue
Appt. N° 104 Agdal - Rabat
Tel : 05 37 67 23 67
INP : 101123420

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) :

lourde balnéo chirurgie

Cachet, date et signature du praticien

[Signature]
Professeur Benbouazza Karima
Rhumatologue - Podologue
Appt. N° 104 Agdal - Rabat
Tel : 05 37 67 23 67
INP : 101123420

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.

Dr. Benbouazza Karima

Professeur en Rhumatologie

Professeur de Rhumatologie (Faculté de Médecine de Rabat)
Spécialiste des maladies des Os - Articulations -
Rachis - Tendons - Muscles - Pieds
Maîtrise de Médecine Interne (Faculté de Médecine de Rabat)
Diplôme d'échographie appliquée à la rhumatologie (Paris)
Diplôme des maladies Osseuses (paris)
Diplôme de podologie (paris)
Master Médecine Physique et Réhabilitation (Italie - Maroc - France)

الدكتورة كريمة بنبوعزة

أستاذة أمراض العظام والمفاصل والأوتار والعمود الفقري

أستاذة أمراض الروماتيزم (كلية الطب بالرباط)
مديرة سابقا بمستشفى العياشي بسملا
أستاذة مساعدة في الطب الباطني (كلية الطب بالرباط)
دبلوم التشخيص بالصدى في مجال أمراض الروماتيزم (باريس)
دبلوم أمراض العظام (باريس)
دبلوم أمراض الأرجل (باريس)
ماستير الطب الفيزيائي (إيطاليا - المغرب - فرنسا)

03 DECEMBRE 2019

Madame Fatima EL HANI BINTBOUCHAI.....
Rabat le

Indication : lombalgie chronique

Faire pratiquer par un kinésithérapeute de 15 séances de REEDUCATION du RACHIS LOMBAIRE avec

- Massages sédatifs sous infra-rouges des masses musculaires lombaires et dorsales
- Assouplissement des ischio-jambiers
- Renforcement progressif des muscles spinaux lombaires et dorsaux.
- Renforcement progressif des muscles de la sangle abdominale.
- Apprentissage des mesures d'hygiène lombaires : verrouillage lombaire en position neutre et rééducation proprioceptive

Professeur Benbouazza Karima
Rhumatologue - Podologue
Appt. N° 10, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 23 67
INP : 101123420

Centre Kiné - Sia
Gsm : 06 67 03 30 30 - 06 60 80 18 70
26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II
Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

Souad EL BAADDIOUI

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômée de l'institut supérieur

Rabat



**CENTRE
KINE-SIA**

سعاد الباعدي

أخصائية في الترويض

خريجة المعهد العالي

طبي بالرباط

Témara le : 25-07-20 : تمارة في :

Facture :

Nom et prénom : M. El Hani Fatima .
- (15) Séances de Rééducation et Kinésithérapie
pour Rachis lombaire à raison de 1507H/ séance.
Tst-1 : 22507H

Date des séances :

| | | |
|------------|------------|------------|
| - 02-01-20 | - 15-01-20 | - 29-01-20 |
| - 05-01-20 | - 17-01-20 | - 25-01-20 |
| - 08-01-20 | - 20-01-20 | - 31-01-20 |
| - 10-01-20 | - 22-01-20 | - 03-02-20 |
| - 13-01-20 | - 24-01-20 | - 05-02-20 |

Améliorée la présente Facture à la somme de
deux Mille deux cent cinquante

Dhs —=

N° RF: 37704795

N° JCE: 00232669 1000035

Centre Kiné - Sia
06 60 80 18 78
26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II
Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II, Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

(قرب القرض الفلاحي) شارع الحسن الثاني - تمارة المركز 26, زنقة إيران

Fix : 05 37 64 39 15 Tél : 06 60 80 18 78