

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.

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

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.

AS : 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- 0043961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07838 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID
Date de naissance : 27/05/1967
Adresse : 2 RUE GASCOGNE - QU DES HOPITAUX - CASABLANCA
Email : kamarouche@royalairmaroc.com
Tél. : 06.61.69.13.66 Total des frais engagés : 1950,00 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 : CASABLANCA

Le : 29/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

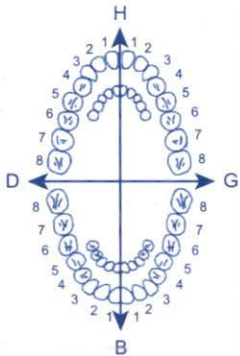
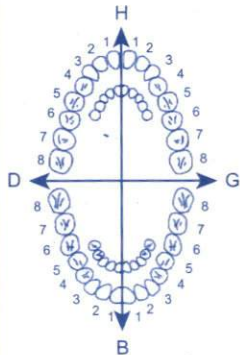
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center Tél:0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055	09/07/2020	AMM(15x130,00)=1950,00 Dhs.				

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

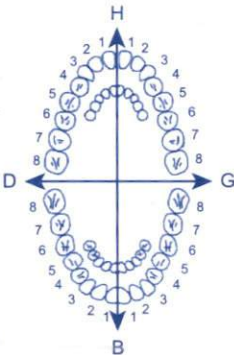
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

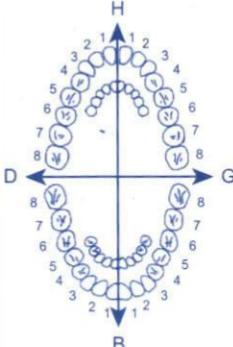
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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

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													
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412		21433552											
	00000000		00000000											
	00000000		00000000											
	35533411		11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>												
		<input style="width: 100%;" type="text"/>												
		<input style="width: 100%;" type="text"/>												
	<input style="width: 100%;" type="text"/>													
	<input style="width: 100%;" type="text"/>													
	<input style="width: 100%;" type="text"/>													
	<input style="width: 100%;" type="text"/>													
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

Aziza Boutayeb

kinésithérapeute - Physiothérapeute
Diplômée d'Etat
Ancienne Kinésithérapeute en Chef
du service Kinésithérapie
au CHU Ibn Rochd

بوطيب عزيزة

دبلوم الدولة في الترويض الطبي
و المعالجة الكهربائية
رئيسة سابقا لقسم الترويض
الطبي بمستشفى
ابن رشد

Casablanca, le : 29 / 07 / 2020

Facture

N° 87

La somme de : Mille neuf cent cinquante dirhams.

Pour une série de : 15 séances de : Rééducation
fonctionnelle, étirement musculaire Avec renforcement
des muscles.

Adressée à : AMAROU CHE ALI

Durant la période du : 29/02/2020 au : 29/07/2020

Sur ordonnance du Docteur : ABDELHAM KHAIROU

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center
Tél: 0522 986 699 - GSM: 0661 146 465
ICE: 001583505000055

Docteur Abdeslam KHAIROUNI
Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant

Professeur de Chirurgie Infantile
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Service de l'Hôpital Delafontaine
Membre de la Société Française
d'Orthopédie Pédiatrique

الدكتور عبد السلام خيروني
أستاذ في جراحة الأطفال

خريج جامعة باريس
رئيس قسم جراحة الأطفال سابقا
عضو الشركة الفرنسية
لجراحة عظام الأطفال

Casablanca le 16 DEC. 2019

AMAROUCH

Ali

1/ Reducir le mal

à fin

Eviter l'abus de force

et éviter l'usage de force

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center
Tél: 0522 986 699-GSM: 0661 146 465
ICE: 001583505000055

2 x 10

Gm remède

Docteur Abdeslam KHAIROUNI
Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant
34, rue Charam Achaykh - Quartier Palmier

34, rue Charam Achaykh - Quartier Palmier - Casablanca • RDV ☎ 06 69 97 11 16 - 05 22 25 50 56/75
06 10 26 05 94 • E-mail: akhairouni@yahoo.fr

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 18/12/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 7838	e-mail : kamarouche@royalairmaroc.com Phones : 0661691366
Nom et Prénom de l'adhérent : AMAROUCHE	KHALID
Nom et Prénom du bénéficiaire : AMAROUCHE	ALI
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr. Amarouche ALI	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. AMAROUCHE ALI	
Nécessite une chirurgie	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
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) : Diplegie spastique.	
Cachet, date et signature du praticien	18/12/19
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.

Casablanca Le 29/07/2020

Tableau récapitulatif des séances

AMAROUCHE ALI

Numéro de séance	La date	Signature
1	29/02/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center Tél:0522 986 699 GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
2	04/03/2020	
3	06/03/2020	
4	11/03/2020	
5	13/03/2020	
6	16/06/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center Tél:0522 986 699 GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
7	22/06/2020	
8	26/06/2020	
9	07/07/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center Tél:0522 986 699 GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
10	10/07/2020	
11	13/07/2020	
12	17/07/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center Tél:0522 986 699 GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
13	21/07/2020	
14	24/07/2020	
15	29/07/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center Tél:0522 986 699 GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055