

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 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° W19-516014

ND: 36.814

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11591 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FATMI CHERRABI NADIA

Date de naissance : 17/07/1976

Adresse :

Tél. : 066147383 Total des frais engagés : 13 AOÛT 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.07.2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tendinite du coude

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 : / /

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

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
4.01.2020	C	C	35000 DH	INP: 091166348

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particiant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/04/20	15	(Analgésique)			20000 DH

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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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'EXECUTION



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Appel le 19/02/20

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 : DR PALMARI - PAOLO
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHERRAM Nadia
Nécessite 15 séances de Kiné
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier) 18 FEV. 2020

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Tendinite du Coudé droit

Docteur PALMARI Paolo
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE
Cachet, date et signature du praticien
CASABLANCA - Tél: 0667 940654
e-mail: paolo.palmar@yahoo.fr

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.

24.01.2020

CHERRADI Nadia

15 jours

1000

coude droit

E/4 coude gauche

6 jours autres

choix haute

préférence

Docteur PALMARI Paolo
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE
CASABLANCA - Tel. 0667 94 86 54
e.mail: paolo.palmari@yahoo.fr

(MTP) - cytos

- vitreous
hyaloclasts

- Bone marrow AHS

-19/02/2020
21/02/2020
-24/02/2020

-24/02/2020

-26/02/2020

-28/02/2020

-02/03/2020

-04/03/2020

-06/03/2020

-09/03/2020

-11/03/2020

-13/03/2020

-05/04/2020

-17/04/2020

-21/04/2020

FACTURE N° 251512

Date : 21/07/16



Ghita FILALI KHATTABI
Kinésithérapeute/Physiothérapeute

Résidence Romandie 1(A), Angle Bd. Bir Anzarane et Rue de Libye
4ème étage, Appt 51
20370, Casablanca
0664 04 75 51
filali_rita@hotmail.com

Nom : El Fatmi cherradi
Prenom : Nagla
Pathologie : tendinite du coude
Nombre de séances : 15 séances
Période :
Sur ordonnance du Docteur : Patrucci

TOTAL (en DH) 3000 dh


KHATTABI FILALI GHITA
Kinésithérapeute
Angle Bd. Bir Anzarane et Rue de Libye
Imm. Romandie 1 Appt 51
20370 Casablanca

Tampon

Ghita
FILALI KHATTABI

Ex Kinésithérapeute à l'hôpital des invalides à Paris

Kinésithérapeute
Physiothérapeute



 (+212) 0664 047 551
SiteWeb : www.ghitafilelikine.ma

Carnet des
RENDEZ - VOUS

Nom : Cherradi

Prénom : Nadie



Ghita FILALI
KHATTABI

RENDEZ - VOUS

Dates	Heure
19/02/20	17h30
21/02	17h30
22/02	10h30
24/02	17h30
26/02	17h30
28/02	17h30
02/03	17h30

Dates	Heure
04/03	18h00
06/03	17h30
09/03	18h30
11/03	18h00
13/03	17h30
09/07	10h30
17/07	14h30
21/07	16h00