

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

Accordé en votre possession
N° W19-540329

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03397 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMMED
Date de naissance : 03-04-60
Adresse : 9 Residence DIAR AL HAMD, Route de Nakhal
Californie Casablanca
Tél. : 0664137692 Total des frais engagés : 1560 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : HJIEJ ANDALOUSSI AICHIA 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, communiqué 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 : 19 AOÛT 2020
Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

[illegible]

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>COU MD ARHRI Houda</p> <p>Quods, Jeddah Omana</p> <p>1, Appl. 1 RDC</p> <p>212112 - Fax: 0522.81.54 69</p>	<p>du 18/06/2020</p> <p>au</p> <p>13/07/20</p>		12 séances de			<p>Pr: 1300</p> <p>Total</p> <p>15600dh</p>
			rééducation		pour	
			Cervicathrose			

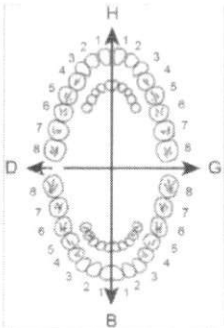
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

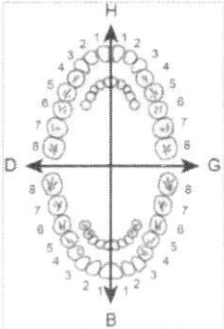
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 18 / 08 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 03397	e-mail : momodel@gmail.com Phones : 0661137692
Nom et Prénom de l'adhérent : DEBBAGH Mohammed	
Nom et Prénom du bénéficiaire : HJIEJ ANDALOUSSI A' (H.A)	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr. Alaoui Mdakki Houda	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Debbagh Aicha	
Nécessite 20 séances de rééducation	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) pour cervicarthrose	
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) :	
20 séances de rééducation pour cervicarthrose nécessitant un traitement antalgique basé sur la physiothérapie et du renforcement par la suite des muscles paravertébraux.	
Cachet, date et signature du praticien	 Dr. ALAOUI MDARKKI HOUDA 6ème étage, Appt. 1 RDC 0522.22.78.12 - Fax: 0522.81.54.69
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. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue - Spécialiste
des Maladies des Os et Articulations



الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

إختصاصية في
أمراض العظام و المفاصل

Casablanca, le

4 / 6 / 2020

Mme Debbagh Aïda

Contra-indications

⇒ Kinésithérapie

a but analgésique (IR, massage

sans débrassage)

renforcement des muscles

pour améliorer la mobilité

Faire 2 séances / semaine x 10

Consultation sur rendez-vous

Cabinet : Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane - Immeuble de la commune
Appt N° 3 - 3ème Etage - Tél. : 05 22 89 38 88 / 95 - e-mail : ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



MDARHRI Houda
Bd. Al Quods, Quartier Omania
GR 1, Appt. 1 RDC
Tél.: 0522.81.54.69

Casablanca, le 18/07/2020

Du 18/06/2020 Au 13/07/2020

Facture N : 38/2020

Nom du patient: Mr Debbagh Aïcha

Sur prescription du médecin: Dr. Ben Abdeljalil Houda

Nombre de séances: 12 séances de kinésithérapie.

Prix unitaire: 1300dh.

Total: 15600dh

Arrêter la présente facture à la somme de: mille cinq cent

soixante dixans.

MDARHRI Houda
Bd. Al Quods, Quartier Omania
GR 1, Appt. 1 RDC
Tél.: 0522.21.21.12 - Fax: 0522.81.54.69