

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.

Biologie 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0037689



Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01669

Société : 43586

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSARI Fatima

Date de naissance : 25/02/57

Adresse : 104 Bd YACOUB EL MOHAMED EL KHALIF CAS

Tél. : Total des frais engagés : 1000 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. BELMOUBARIK
Traumato-Orthopédie

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ESSARI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lumbosciatalgie - Cervicalgie

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 : CAS

Le : 13/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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 Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
			CG	Dr. A. BELMOUBARIK Traumatologie-Orthopédie

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	
Revis	05/10/20	A	M	M	7	(20 x 180)
	05/10/20	A	M	M	7	3600,00 dh
						(15 x 180)
						2700,00 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 2/10/2020

ORDONNANCE

Docteur : *Dr. Belmoubarik*

Mr. ESSARI TP DEBBACH

Notion de scapuloalgies associées
à des cervicalgies + lombalgies
sur pincement du fessier droit
→ au TDM : Pathologie L5-S1
Protocole de 20 séances
de rééducation
fonctionnelle

Dr. A. BELMOUBARIK
Traumatologie Orthopédie



CENTRE DE KINESITHERAPIE ET READAPTATION PHYSIQUE

Casablanca le :05/10/2020

ESSARI FATIMA

Jour	Date	Confirmation
1	05/10/2020	
2	06/10/2020	
3	07/10/2020	
4	08/10/2020	
5	12/10/2020	
6	13/10/2020	
7	14/10/2020	
8	15/10/2020	
9	19/10/2020	
10	20/10/2020	
11	21/10/2020	
12	22/10/2020	
13	26/10/2020	
14	28/10/2020	
15	29/10/2020	

A raison de (180. dhs par séance)



Centre de Kinésithérapie et réadaptation

Physique

Casablanca le : 05/10/2020

Facture n°44/2020

Nom et Prénom : ESSARI FATIMA
Nom du médecin traitant : DR.A.BELMOUBARIK
Diagnostic : CERVICALGIE LOMBALGIE
Nom du kinésithérapeute : Mme ESSAIDI Meriama

Nombres des séances	Paiement par		Prix unitaire	Prix total
	chèque	espèce		
15		x	180	15x180=2700,00 dhs

Soit la somme de deux mille sept cents dirhams .

[Signature]
Centre de Kinésithérapie
et de Réadaptation Physique
230, Bd Brahim Roudani
Etage 1, Appt 03 - Casablanca

230 Espace Roudani ; Bd Brahim Roudani (ex eljadida)
1^{er} étage, N3-Maarif Casablanca Tél. : 0522991159
E-mail : direction.ckrp@mail.com.
I.C.E : 001576174000015