

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.

M22- 0029990

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **6371**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SAAD RIAD MOHAMMED**

Date de naissance : **11/11/1960**

Adresse : **n° 322 lot EL WAFÉ 17**

.....
Dernaou

Tél. : **06.02.56.15.81**

Total des frais engagés : **1.440,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **J. AME SRIAD SAAD** Age : **47**

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : **Dernaou**

Le : **16/06/2023**

Signature de l'adhérent[e] :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

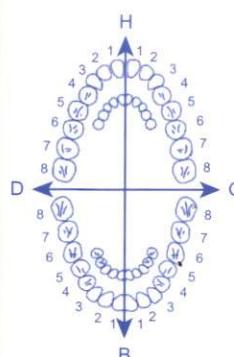
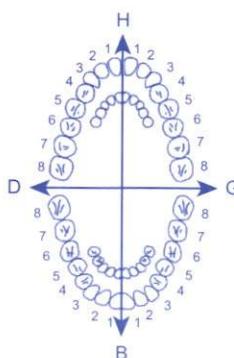
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EL MAKKAWI HAMZA Kinésithérapeute NAJAH Impr. 1er étage N° 1 Derou Tel: 0522 51 51 46 - 06 45 20 10 42 INPE: 065044893	16/06/23	ZAM	Kine			1440,00 dh

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدروة، في : ١٠/٥/٢٠٢٣ : درoua, le :

DEVIS N° 000289

Nom et Prénom : Mme Tamesna Saadni.yea

la Somme de : Mille quatre cent quarante dinars

..... ١٢٠ x ١٢ = ١٤٤٠.٠٠ د.ت

pour : ١٢ (douze) Séances de : Rééducation
pour Lombosciologie



Signature

EL MAKKAWI HAMZA
Kinésithérapeute
Lot. NAJAH, Im. C, 1er Etage N° 1 Deroua
Tél. 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

تجزئة نجاح، عمارة C ، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

Docteur Abdenbi EL KAMAR
Professeur en Neurochirurgie
Chirurgie du Cerveau
et de la Colonne Vertebrale

الدكتور عبد النبي القمر
أستاذ في جراحة
الدماغ والأعصاب
والعمود الفقري

Casablanca, le :

9.5.23

K-Tanesna Saadiya

Reedukation

combalgs -
Centr. cent m. Sula
verklevd

12 Jaar

2fs/sema

Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Ben Zerktouni et Bd.Med
Bld. Ben Abdellah Casablanca

زاوية شارع الزرقطوني - بمنطقة بن عبد الله الطابق الأول الشقة رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 38 38
Angle Bd . Zerkouni - Med Ben Abdellah 1^{er} Etage Appt . N° 3 -Casablanca - Tél : 05 22 26 38 38
Gsm : 06 00 04 43 43

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي جمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Deroua, le : 16/06/2023

FACTURE № 000960



Nom et Prénom : Mme TAMESNA Saadiya

la Somme de : Dix-neuf mille quatre cent quarante Dirhams

1100x12 = 14400.00 DH

pour : Docteur (12) Séances de : Dr. El Makkawi

El Makkawi Hamza

EL MAKKAWI HAMZA
Masseur-Kinésithérapeute
Lot. NAJAH Immeuble 1er étage N° 1 Deroua
Tél. 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42



تجزنة نجاح، عمارة C ، الطابق الأول - الدروة 1 - الرقم

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE № : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

مركز الترويض الطبي والعلاج الرياضي المكاوي
Centre de Kinésithérapie El Makkawi



Nom : *J-Sue TAMEZNA*

N° Ref : *SAA Dijya*

Nbre : *Darze*

R.V. : *12 Sante*

P.E.C. : *LiaBiscostalipe*



تجزئة نجاح، عمارة C، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N° 1 - Deroua
Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42
E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

