

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029990

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6371 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SABRI Mohamed 160837
 Date de naissance : 11/11/1960
 Adresse : 1° 322 Lot EL WFAE 17
 0602561581
 Tél. : 0602561581 Total des frais engagés : 1440,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : TAMESSIT SAADIA Age : 47
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 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 : 16/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : Le : 16/06/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

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
		A M	P C	I M	I V	
EL MAKKAWI HAMZA Musseur kinésithérapeute P. NAJAH Im. C/ Tercio de Deroua Tel: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42	10/06/23					1440,00 dh

INPE: 065044893

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

الدعوة، في : 10/05/2023 : Deroua, le :

DEVIS N° 000289

Nom et Prénom : Mme Tamešma Saadiya

la Somme de : Mille quatre cent quarante dirhams

120 x 12 = 1440,00 DH

pour : 12 (douze) Séances de : reduction
pour lumbago talgie



Signature

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

تجزئة نجاح، عمارة C، الطابق الأول - الرقم 1 - الدعوة
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 : elmakawi.hamza@gmail.com

Docteur Abdenbi EL KAMAR

Professeur en Neurochirurgie

Chirurgie du Cerveau

et de la Colonne Vertébrale

الدكتور عبد النبي القمر

أستاذ في جراحة

الدماغ و الأعصاب

والعمود الفقري

Casablanca, le :

9.5.23

X - Tamesna Saadiya

Reçu en Cat. p

Com Salpds -

Zerkout m. Sula
vertébral

12 years

2/3/2023

Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Bd. Zerkout et Bd. Med
Ben Abdellah - Casablanca

زاوية شارع الزركطوني - محمد بن عبد الله الطابق الأول الشقة رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 38 38

Angle Bd. Zerkout - Med Ben Abdellah 1^{er} Etage Appt. N° 3 - Casablanca - Tél : 05 22 26 38 38

Gsm : 06 00 04 43 43 : المحمول

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Deroua, le : 16/06/2023

FACTURE N° 000960



Nom et Prénom : ^{Signe} TAMESNA Saoudine

la Somme de : mille quatre cent quarante Dhs

20x12 = 1440,00 Dhs

pour : Douze (12) Séances de : ^{Signe} Joints

du kinésithérapie.

EL MAKKAWI HAMZA
Masseur-Kinésithérapeute
Lot. NAJAH Im. C. 1er étage N°1 Deroua
Tél 0522 51 51 44 - 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

مركز الترويض الطبي والعلاج الرياضي المكاوي
Centre de Kinésithérapie El Makkawi



Nom : ^{Due} TAMESNA

N° Ref : SAA Digna

Nbre : Dose

R.V. : 12 séances

P.E.C. : Laboratoire



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

