

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-005399

160674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERBER MOHAMMED

Date de naissance : 09/10/69

Adresse : NOUACEUR

Tél. : 0668122351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

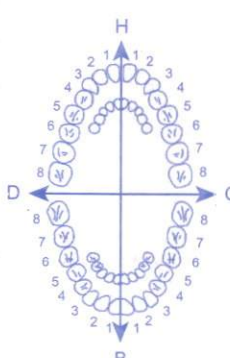
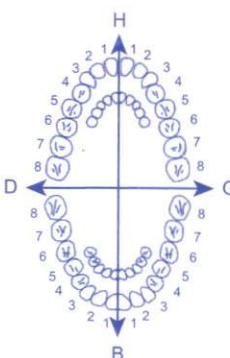
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM		IV
Anissa AHRABARE Kinésithérapeute Tél: 06 49 44 17 61 E-mail: anissa_ahrabare@hotmail.com	13/07/23	10	ans			2000,02

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															
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <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

Professeur YOUSRI Bouchaïb

Chirurgien Pédiatre

Chirurgie Infantile

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Chirurgie de la Scoliose

Ex Chirurgien-Enseignant au CHU Ibn Rochd

Faculté de Médecine de Casablanca



الدكتور يسري بوشعيب

جراحة الأطفال

جراحة وترميم العظام والمفاصل

جراحة العمود الفقري

أستاذ جراح بمستشفى ابن رشد

كلية الطب الدار البيضاء

Casablanca, le : في الدار البيضاء.

02.06.2023

Enf BERBER HAJAR

KINESITHERAPIE. SCOLIOSE

Lombaire gauche de T12-L4 de 18°

Faire pratiquer des séances de kinésithérapie.

- Mobilisation passive douce, tonification des muscles
- Soutien du rachis, apprentissage des gestes qui protègent le rachis.
- Gestes de réduction de la gibbosité et des courbures concaves
- Travail en élongation des courbures
- 2 Séances / Semaine.
- 10 Séances

Professeur B. YOUSRI
Chirurgie Pédiatrique.
295, Boulevard Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 86 01 01 - 0522 86 16 21
Email: drbyousri@gmail.com

CENTRE DE KINESITHERAPIE
AHRABARE

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE
EUROPEENNE DE MADRID

Kinésithérapeute spécialisée
en rééducation fonctionnelle et sportive



مركز الترويض الطبي أحرار

خريجة الجامعة الأوروبية بمدريد

أخصائية في الترويض الطبي

Casablanca, le 13/07/23

Facture n° 194 F-0723 27

Nom : Berber

Prénom : Najoua

Nature de la maladie : ...

Nature des soins	Nombre de séances	Prix unitaire	Prix total
kiné thérapeutique	10	200	2000,00

Arrêter la présente facture à la somme de :

2000,00 mille Dirhams

Anissa AHRABARE
Kinésithérapeute
Tél : 06 49 44 77 61
E-mail: anissa.ahrabare@gmail.com

4 Panorama Office, bd Abou Bakr El Kadiri, Bureau n°5- 1er étage. Casablanca

4 مكتب بانوراما، شارع أبو بكر القادري، مكتب رقم 5- الطابق الأول. الدار البيضاء

Tel : 06.49.44.77.61

E-mail : anissa.ahrabare@gmail.com

ICE : 002472388000051

IF : 45638875

Taxe professionnelle : 36102998

INPE: 06 50 54 918

Nom et Prénom :

Barber Najar

Pathologie :

syndrôme de la part

Nombre de séances : 10

1	12/06/23
2	15/06/23
3	19/06/23
4	22/06/23
5	26/06/23
6	28/06/23
7	03/07/23
8	06/07/23
9	10/07/23
10	13/07/23

Anissa AHRABARE

Kinésithérapeute

Tél : 06 49 44 77 61

E-mail: anissa.ahrabare@gmail.com