

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-807105

166709

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12987 Société : RAZ
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HADDI MOURAD
 Date de naissance : 28 09 1983
 Adresse :
 Tél. : 0662104297 Total des frais engagés : 2200,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abderrahim RAFAOUI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
INPE : 091184341

Date de consultation : 14/06/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Ligamentaire

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 : CASABLANCA Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/06 2013	G.S.		Gralid	<p>Dr. Abderrahim RAFAOUI Professeur Agrégé d'Anatomologie - Orthopédie INPPE 091184341</p>

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
IN PE: 055054670	du 9/7/23					1200 DH
المرحوم المرحوم	18/7/23	1				
Centre de Kinésithérapie						
05 22 42 00 44						

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				Coefficient des Travaux [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				Montants des Soins [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				Début d'exécution [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				Fin d'exécution [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p align="center">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			Montants des Soins [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				Date du devis [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.


[illegible]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Panorama Sidi Maarouf
مصحة بانوراما سيدي معروف

Casablanca, le 14/06/2023

M. HADDI MOURAD

Né le : 28/09/1983



PSM23F13072335

Lettre de rééducation

- ligamentoplastie DDT 8/8
arthroscopie

⇒ Rééducation du genou
(12 séances)

- Réajustement des cyphalés
- App: attouso, protège.



Dr. Abderrahim RAFAOUI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
INPE : 091184341

RAFAOUI

CENTRE RAMZ DE KINÉSITHÉRAPIE
ET PHYSIOTHÉRAPIE

NADIA BELMEJDOUB

Kinésithérapeute / Physiothérapeute



مركز الرمز للترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

نادية بالمجدوب

أخصائية في الترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

بني ملال ، في : 18.17.123.....: Béné Mellal le :

Facture N° : N° 000250

M^r HADDI Moud

- Diagnostique : séance de Rééducation
Pour une ligamentoplastie

- Nombre de séances : 12 séances

- Montant total : 1200 DH

مركز الرمز للترويض الطبي
Centre Ramz de Kinésithérapie
et Physiothérapie
Tél : 05 23 42 00 14
Fax : 06 70 51 32 50

RC : 468 - N° Patente : 41344199 - N° IF : 40390617

Lotissement Alhamdania Bloc 5 N° 47

Béni Mellal

Tél : 07 71 06 09 20 - 07 07 02 14 24 : الهاتف

تجزئة الحمداية بلوك 5 رقم 47

بني ملال

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 19/06/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12585 E-mail : nadia.belmejdou@airmaroc.ma Phones : 0662104297
Nom et Prénom de l'adhérent : HADDI MORIRAD
Nom et Prénom du bénéficiaire : HADDI MORIRAD

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Nadia Belmejdou Spécialiste en Kinésithérapie
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : Nadia Belmejdou
Nécessite : 12 séances de Kinésithérapie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :

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):

Cachet, date et signature du praticien

05 73 42 02 44 Gsm 05 76 76 76 76
05 73 42 02 44 Gsm 05 76 76 76 76
05 73 42 02 44 Gsm 05 76 76 76 76

Nadia Belmejdou
Spécialiste en Kinésithérapie
Physiothérapie
05 73 42 02 44 Gsm 05 76 76 76 76

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.