

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0047418

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1672

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUASSINI Abdelali

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 18 Hay AL Majd rue 18 Bni drar par oujda

Tél. : 06 96 64 78 73 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : Jacuani Nounna

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Adm. d. sal.

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 : 27/11/2023 à Bni drar

Le : 27/11/2023

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
27/11/23	C			Dr. Nabil BOUZOURBA Professeur Assistant de Neurochirurgie الاستاذ المساعد في الجراحة العصبية Tél : 06 61 32 55 94 INPE : 091172106

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 du Pharmacien ou du Fournisseur Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

8 x AM M 6 + C770 1200 dh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

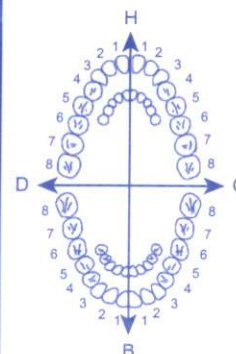
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

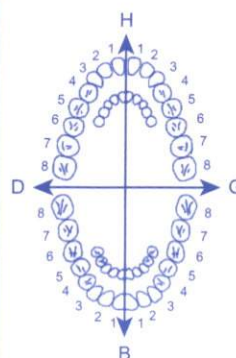
Coefficient DES TRAVAUX

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

REGLES HYGIENE

SENELLE A DRAÏTE



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le 27/11/2023

Mme JACQUART NAÏNA

20 séances de rééducation matrice
de la flexion plantaire gauche.

**CENTRE COLISEE
HABRITAB**
Kinésithérapeute Physiothérapeute
Bd. Derfoufi Imm. Collège 1^{er} étage Appt. 7
GSM: 06 61 19 36 63 / 05 36 68 09 94 - Oujda
Pai: 10103136 - IFI 15221643

Dr. Nabil BOUZOUBAA
Professeur Assistant de Neurochirurgie
جراحة الدماغ والعمود الفقري
Tél: 06 61 32 53 92
INPS: 001172406



HABRI Itab

ép. Belyazid

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

le : 10 / 1 / 24

calendrier des séances de
kinésithérapie de madame
Jacqueline NAIMA

13 - 12 - 23

15 - 12 - 23

18 - 12 - 23

22 - 12 - 23

25 - 12 - 23

28 - 12 - 23

2 - 1 - 24

10 - 1 - 24

CENTRE COLISEE
HABRI ITAB
Kinésithérapeute Physiothérapeute
Bd. Derfoufi Imm. Colisée 1^{er} étage Appt. 7
GSM: 06 61 19 56 63 / 05 36 68 09 54 - Oujda
Pst: 1010703 - 171 13221663

شارع الدرفوفي، عمارة كوليزي، الطابق الأول، الشقة 7 - وجدة

Bd. Derfoufi Imm. Colisée 1^{er} étage Appt. 7 - Oujda

☎ 06.61.19.56.63 / 05.36.68.09.54

**HABRI Itab***ép. Belyazid**Kinésithérapeute - Physiothérapeute*

Ile : 001675609000036

CF : 15221663

Oujda, le : 10-1-24

Facture**Bénéficiaire**Nom : *Jacouani*Prénom : *Ntina*Adresse : *beni el an*Tél : *0696647873*Interventions : *kinésithérapie*Diagnostic : *hernie discale aperté*

Nombre de séances	Prix unitaire	Total	Période
8	150 dh	1200 dh	<i>du</i> 13-12-23 <i>au</i> 10-1-24
CENTRE COLISEE HABRI ITAB Kinésithérapeute Physiothérapeute Bd. Derfoufi Imm. Colisée 1 ^{er} étage Appt. 7 GSM: 06 61 19 56 63 / 05 36 68 09 54 - Oujda Tel: 10103126 - IF: 15221663			