

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



193099

Déclaration de Maladie

M23- N° 0037626

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1881 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOURADI KARIMA 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

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	

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

conditions générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou
qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du
malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un
spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courante et de petite
chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme
et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage
femme
AMM = Actes pratiques par le masseur ou
le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou
l'infirmière
AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
R - Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.
- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 0293493

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA
Matricule : 11881 Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOURADI KARIMA Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 15/11/2023
Nature de la maladie : DYSTONIE NEUROVEGETATIVE
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A : le :
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. BENKIRI
SPECIALISTE
47, Bd. Mohammed VI
Cabinet Tél. : 528

Dr. H. EL
R.L.
ABLANCA
528


VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :

N° 0293493



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
15/11 2023	C2 ORL H 30 PHYSIO SCANNER		12000 H	 Dr. BEKIRA SPECIALISTE ABLANCA 55 28

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	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

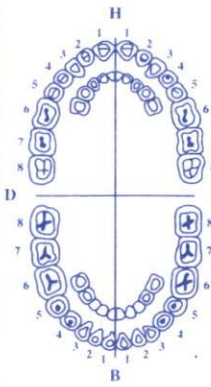
VOLET ADHERENT

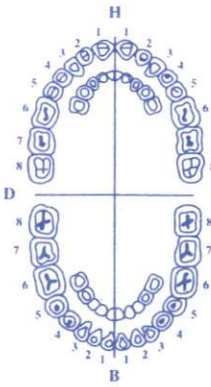
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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
			

D.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																		
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
35533411	11433553																				
B																					
			MONTANT 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

Dr BENKIRANE SAÂDI Mohamed

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Médecine Energétique - Chromothérapie - Bioresonance - Reconnective Healing
Thérapie Energo- Vibrationnelle - Biomagnetisme - Sujok Thérapie

Bilan par Physioscanner

Compte Rendu Physio-Scan
de Dr MOHAMED KORIM A.

De nombreux de lésions se sont
au niveau des ASTROCYTES
des organes de l'organe reho-
pneumal ainsi des résiduels
d'organes sont mis en évidence
et expliquent le nombreux symptômes
de la patiente.

Dr. BENKIRANE
SPECIALISTE
47, Bd. Mohammed V
Cabinet Tél: 05 22 29 65 28

Dr. Med.
R.L.
ABLANCA
65 28

Dr BENKIRANE SAÂDI Mohamed

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Médecine Energétique - Chromothérapie - Bioresonance - Reconnective Healing
Thérapie Energo- Vibrationnelle - Biomagnetisme - Sujok Thérapie

Bilan par Physioscanner

FACTURE RECÙ DE MOURADI KARIMA

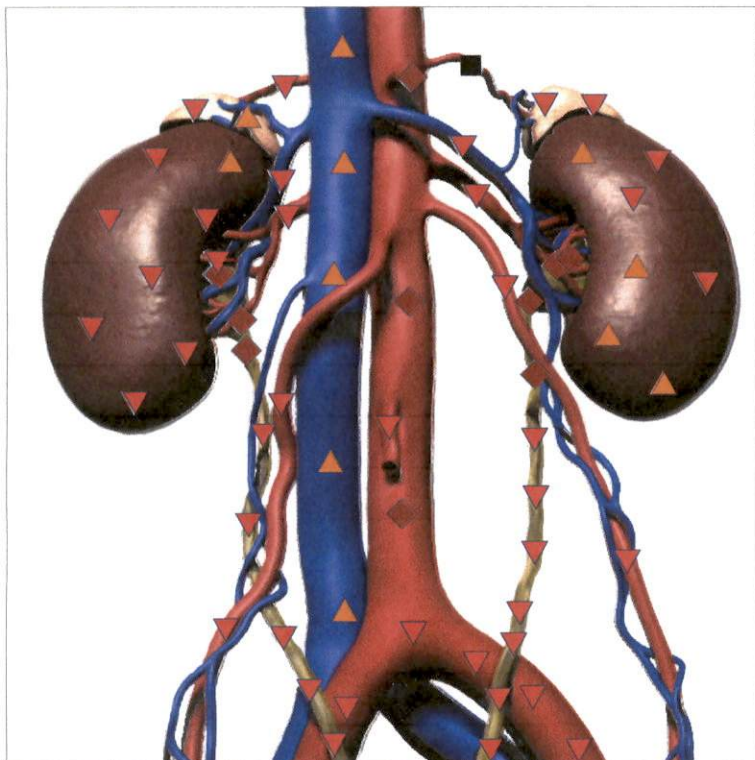
LA SOMME DE 1200 DH MILLE DEUX CENT DIRHAMS

POUR C2 ORL + K 30 PHYSIOSCANNER

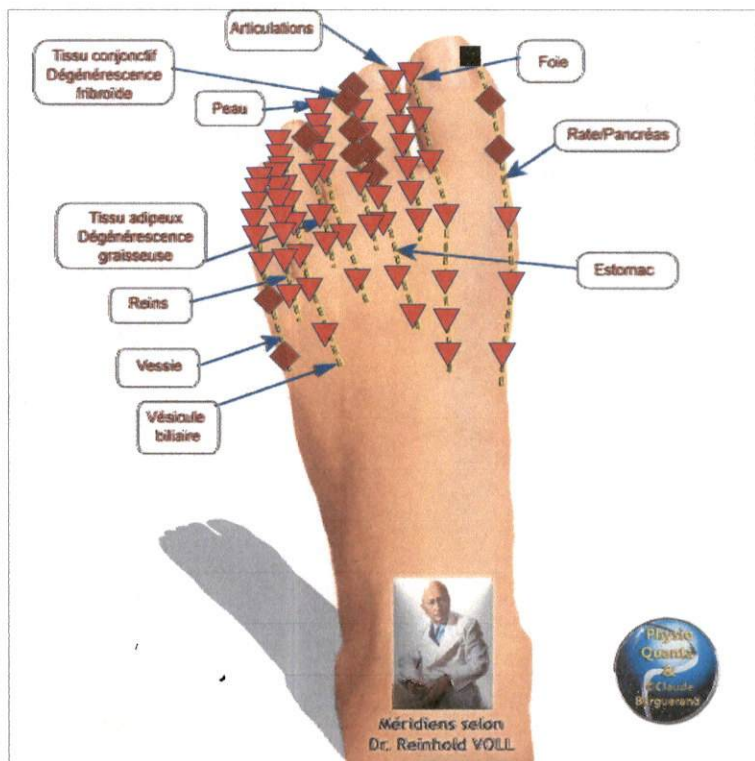
LE 15/11/2023


Dr. BENKIRANE
SPECIALI
47, Bd. Mohammed
Cabinet Tél: 65 28

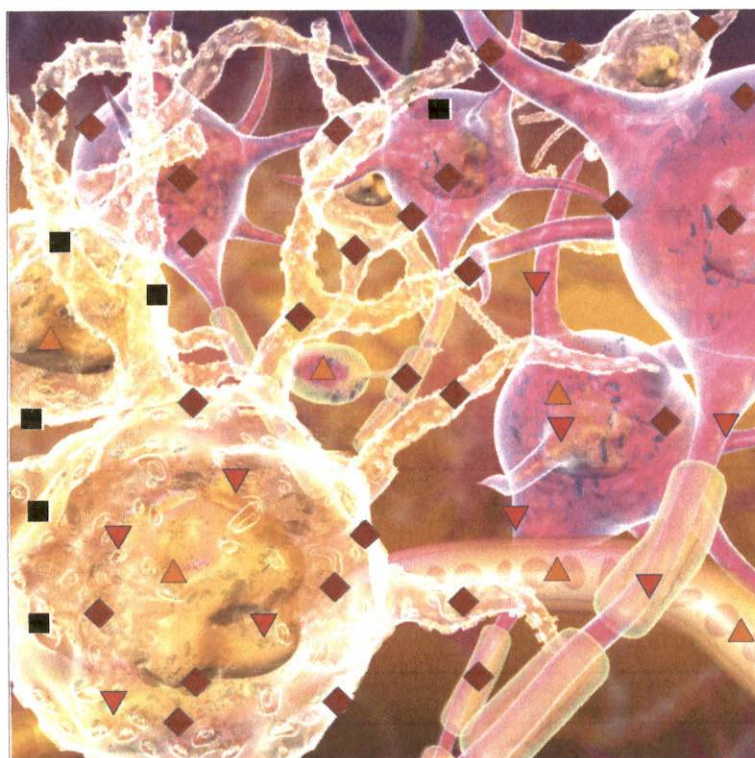
Dr Med.
R.L.
ABLANCA
65 28



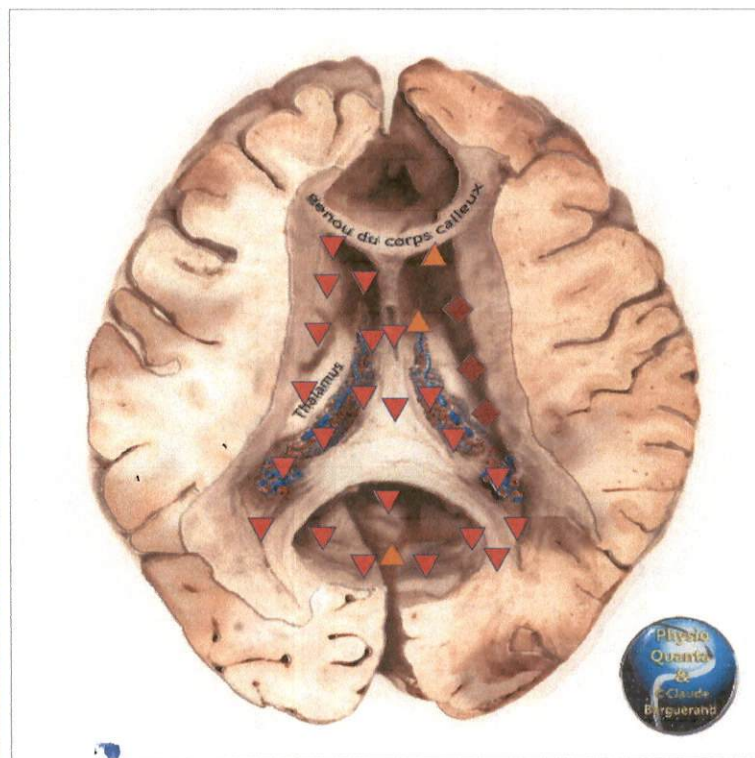
15/11/2023 ORGANES DE L'ESPACE RETROPERITONEAL



15/11/2023 MERIDIENS D'ACUPUNCTURE, pied gauche



15/11/2023 ASTROCYTES



15/11/2023 VENTRICULES CÉRÉBRAUX, coupe frontale

Signature: %s
 Dr. BENKRA
 SPECIAL
 47, Bd. Mohammed
 Casimiri Tel: 12333
 DI Med.
 R.L.
 ABLANCA
 65 28



Niveau d'activité dynamique latente



Retirer les caractéristiques parmi les niveaux supérieurs; l'état de régulation de la fatigue des systèmes



Manquements compensés des mécanismes d'adaptation



Niveau de régulation optimale



Asthenie des mécanismes régulateurs



Décompensation des mécanismes d'adaptation; état pathologique exprimés