

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

- ☐ 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

N° P19- 067333

ND: 29986

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06462 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khousjahi Bouchra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662153913 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.11.2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Bouchra

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067333

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043918

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0662 Société : Moroccan S&S Condemeta
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retake RA 7
Nom & Prénom : Khoujahi Bouchra
Date de naissance : 06/02/1961
Adresse : Res Polo - Bd la Soane - n°46
Polo - CASABLANCA
Tél. : 0662153913 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelhafid MELIANI
Médecine Physique et Rééducation
Médecine du Sport
28 Bis, Bd Mly Idriss 1er - Casablanca
Tél. : 05 22 80 60 60 / 06 13 33 31 31

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/02/2020
Nom et prénom du malade : KHOUJAH Bouchra Age : 59
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lombalgie
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 : 03/03/2020
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
25/02/20	C		Gr	<p> <i>Dr. Abdelhak EL ANASSER</i> Médecine Physique et Rééducation Médecine du Sport 28 Bis, Bd Mly Idriss 19 - Casablanca Tél : 05 22 80 60 60 / 06 13 33 31 31 </p>

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
		AM	PC	IM	IV	
<p> <i>Dr. Abdelhak EL ANASSER</i> Médecine Physique et Rééducation Médecine du Sport 28 Bis, Bd Mly Idriss 19 - Casablanca Tél : 05 22 80 60 60 / 06 13 33 31 31 </p>	29/02/20	12 scans	150			1800 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdelhafid MELIANI

Ancien Assistant du C.H. de NANCY
Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation
Electromyographie
Urodynamique



الدكتور عبد الحفيظ ملياني

إختصاصي في الطب الفيزيائي والترويض
في أمراض الروماتيزم وأمراض العظام والعضلات
تخطيط الأعصاب والعضلات بالكهرباء
الطب الرياضي

Casablanca le 13-12-19 الدار البيضاء في

Khouyati Boucher

Doute seamy 2 Kuenbheupre
for rails lombank

Dr. Abdelhafid MELIANI
Médecine Physique et Rééducation
Annexe Wissam II
28 Bis, Bd Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 80 60 60 / 06 13 33 31 31

Docteur Abdelhafid MELIANI
Médecine Physique et Rééducation

29/02/2020

FACTURE N°122/2020

Nom et prénom : KHOUJAH Bouchra

Rééducation sous surveillance médicale

Nombre de séances de rééducation : 12(Douze)

Prix par séance150,00 DH

Total à payer1 800,00 DHS

Arrêter le présent la facture à la somme de :

Mille Huit Cents Dirhams.

Dr. Abdelhafid MELIANI
Médecine Physique et Rééducation
Médecine du Sport
28 Bis, Bd Mly Idriss 1er, Casablanca
Tel. : 05 22 80 60 60 / 06 13 33 31 31

28, BisBdMoulayDriss 1er Casablanca Tél : 05 22 80 60 60/06 13 33 31 31

40444155 / ICE : 001823289000039/ INPE : 091112243

Em: cabinetmeliani@gmail.com / Web: www.reeducation-maroc.com

ACC KINE
MLE 6462

Appelle
23/12/2019

N°D:

13297.

Docteur Abdelhafid MELIANI
Médecine Physique et Rééducation

N° 0602153913

13/12/2019

DEVIS

Nom et prénom : KHOUJAH Bouchra

Nombre de séances : 12(Douze)

Prix par séance : 150.00 DH

Total à payer : 1 800,00DHS

Arrêter le présent devis à la somme de

Mille Huit Cents Dirhams

28, Bis Bd Moulay Driss 1er Casablanca Tél : 05 22 86 60 60/06 13 23 31 31

IF: 40444155 / ICE : 001823289000039 / INPS: 09112343

Em: dr.hafidmeliani@gmail.com / Web: www.reeducation-maroc.com



Nom / Prénom : KITOUTJ ALI

Date	Heure	Date	Heure
20/01/20	PR		
22/01/20	PR		
24/01/20	PR		
27/01/20	PR		
29/01/20	PR		
31/01/20	PR		
3/02/20	PR		
5/02/20	PR		
7/02/20	PR		
11/02/20	PR		

Kiné : YAS MINE / Nbre. de Séances :

Date	Heure	Date	Heure
13/04/20	PR		
15/02/20	PR		

Dr. Abdelhafid MELIANI
 Médecine Physique et Rééducation
 Médecine du Sport
 28 Bis, Bd. Aly Idriss 1^{er} - Casablanca
 Tel : 05 22 80 00 60 / 06 33 33 33 31