

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.

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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19-0028775

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05264

Société : RAM

36647

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KABBAT NAJIA

Date de naissance : 06/03/1956

Adresse : 107 Rue Orpave. Les Rodes HAY ERRAH
CASABLANCA

Tél. : 0661201571

Total des frais engagés : 3000,00 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 :

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 : RAS

Le : 27 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
		AM	PC	IM	IV	

My Kiné
 Rééducation-Orthopédie
 85 Angle B+ Yacoub El Hachem
 et Rue Mohammed VI 1 Etage
 Tél. 0522 996 212

24/04/2020
 15 séances de
 Amms

3000 Md
 (soit 200 Md /
 séance)

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

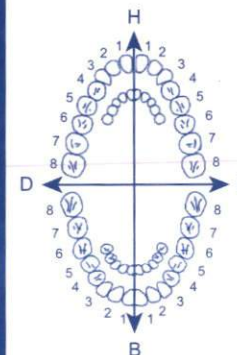
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

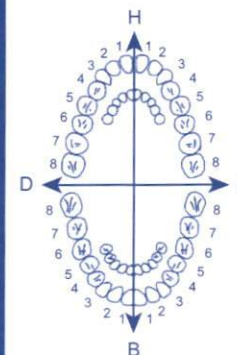
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
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



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 22/03/2020

KABBAJ MAJJA

Fracture luxation de la cheville

de type

Ruy 15 sur 22

versus de la cheville

de

My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yacoub Elmanssour
et Rue Nassiheddine 1 Etage
Fixe.0522 996 212

Facture / Note D'honoraires :

N° : 51 / 2020 Date : 24-07-2020

15 séances de Massage
pour Rééducation due à une fracture
de la cheville droite

Au prix de 3000 M (soit 200 M / séance)

Adresser à M. Kabbaj Najia

Durant la période du 17-03-2020 au 24-07-2020

Sur ordonnance du Dr. Housni Benik

Signature:

RC : 384365
Patente : 35892484
C.N.S.S : 5634771
IF : 24837240
ICE : 001939724000080

My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yaacoub El Manssour
et Rue Nassimidine 1 Etage
Fixe. 0522 996 212

Adresse:
85 Intersection Yaacoub El Mansour
et Socrate 1er étage N°1
Tél.: 05 22 996 212
E-mail: contact@mykine.ma

Nom : Kabbaj Prénom Nafja

Jour	Date	Heure	Réglement
Mardi	17/03	17h00	200MT
Mercredi	18/03	17h00	200MT
Jeudi	19/03	17h00	200MT
Mercredi	01/07	15h00	200MT
Vendredi	03/07	15h00	200MT
Lundi	06/07	15h00	200MT
Mercredi	08/07	15h00	200MT
Vendredi	10/07	15h00	200MT
Lundi	13/07	15h00	200MT
Mercredi	15/07	15h00	200MT
Vendredi	17/07	15h00	200MT
Lundi	20/07	15h00	200MT
Mardi	21/07	15h00	200MT
Jeudi	23/07	15h00	200MT
Vendredi	24/07	15h00	200MT

My Kiné
 Prévention-Rééducation-Entretien
 85 Angle Bd. Yacoub Elmassour
 1^{er} Rue Nassiheddine 1 Etage
 Fixe 0522 996 272

**Prévention
Rééducation
Entretien**



Centre de physiothérapie - kinésithérapie

**Soin au cabinet et a domicile
Sur rendez-vous**

✉ contact@mykine.ma

☎ 0522 996 212

📍 85 Intersection Yaacoub El Mansour
et Socrate 1er étage N°1