

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 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° P19-0049702

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 503

Société : R.A.M. 38592

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBTI ABDELLAM

Date de naissance : 15/08/46

Adresse : RUE SOCRATE RESIDENCE ESPACE SOCRATE

PORTE D. ETAGE 1. APPT. DARRIE CAYE

Tél. : 0645509849 Total des frais engagés : 450 DH 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 :

Le : / /

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

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	
PRADA Saloua Désithérapeute Beida Imad N°23 Casse El Mansour Bordj Tél : 022 99 60 21 - CASABLANCA	12/08/2020 18/08/2020 19/08/2020	AM 19	X 03 =			450,00

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 <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
		H	25533412		21433552												
		D	00000000		00000000												
		G	00000000		00000000												
B		35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SALOUA BERRADA

KINESITHERAPEUTE

Res. El baida Imm J N° 23

2ème étage rue Abou Hassan Essaghir

Bd Yacoub El mansour Casablanca

Tél : 05 22 99 60 21

Casablanca Le 24/08/2020

FACTURE :

Je soussignée Mme Berrada Saloua, certifiée que M M^{me} BENTAMY, Roumar
a subi 03 séances de rééducation pour syndrome fémoro patellaire

Total : 03 x 150 = 450,00 DH

Soit 03 x AMM9

Facture arrêté à la somme de quatre cents cinquante dirhams

Planif des séances

13/08/2020

18/08/2020

19/08/2020

BERRADA Saloua
Kinesithérapeute
Res. El baida Imm. J N°23
Bd. Yacoub El Mansour
Tél : 022 99 60 21 - CASABLANCA

ICE : 001855590000055 PATENTE N° : 35806362

RIB : 190780212113169412001835 BP Agence TARIK AL JADIDA

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

plômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بمونبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Prescription de kinésithérapie Casablanca, le

Casablanca le : 19/07/2020
Mme BENTAMY KAMAR

15 séances de Kinésithérapie pour un syndrome fémoro patellaire :

- Renforcement musculaire isométrique concernant surtout les quadriceps mais aussi les ischio jambiers et les triceps suraux
- Etirements des muscles quadriceps, ischio jambiers et triceps suraux
- Apprentissage d'exercices d'auto rééducation (à faire quotidiennement à domicile)

Fréquence = 3 X /Sem

Dr Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif
Tél. 022.99.34 14 / 15 Casa

Nb de séance	Jour	Date	Heure	Nb de séance	Jour	Date	Heure
	Mardi	13/08/2020	16 ^h 00				
	Mardi	18/08/2020	16 ^h 30				
	Mardi	19/08/2020	16 ^h 30				
	Lundi	24/08/2020	16 ^h 30				

En cas d'empêchement, veuillez prévenir. Merci

**Cabinet de Rééducation
Fonctionnelle et de Réadaptation**

Carte de rendez-vous

M.^{me} BENTAMY KAMAR

Rés.El Beida imm.J N°23-2^{ème} Etage Rue Abou Hassan Essaghir
Bd.Yacoub El Mansour Maârif - Casablanca

Tél. : 0522 99 60 21