

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 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° P19-0045414

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R.00202 Société : ESC / RABAT Sala

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HADJAN NABAREK

Date de naissance : 1925

Adresse : Secteur 43 Rue EL AZHAR N°247 Tabriquet Sala

Tél. : 0664 5914 33 Total des frais engagés : 720 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/2020

Nom et prénom du malade : EL HADJAN NABAREK Age : 90 ans

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

Nature de la maladie : Capsulite chronique

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 : Sala Le : 30/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/09/2010	S			

4/01/2010					
-----------	--	--	--	--	--

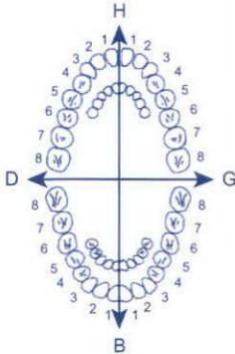
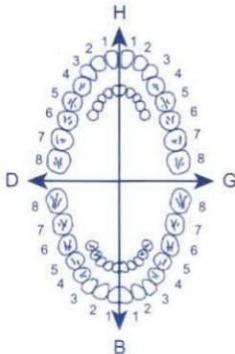
[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	<p><i>Mardi 20/09</i></p> <p><i>30</i></p>		<p><i>Rééducation de l'épaule</i></p>			<p><i>\$ 7200H</i></p>

[illegible]

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'						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> </table>			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B					
	(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		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0045415

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00202 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHADDAD NABAREK

Date de naissance : 1985

Adresse : RUE EL AZHAR N°247 Secteur 43 Tabriquet Sale

Tél. : 0664 59433 Total des frais engagés : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-045415

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 :

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	
	05/05/2014		Reéducation d'épaule		6 x 1200H = # 7200H

VOLET ADHERENT

5145415

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

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed Amine MAHDI

Médecin spécialiste des os, articulations
et la colonne vertébrale
Ostéoporose-Biothérapie
Echographie ostéo-articulaire
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



الدكتور محمد أمين مهدي

طبيب أخصائي في أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري
هشاشة العظام-العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى
خريج كلية الطب بالرباط

Salé, le : 15/10/2020 : سلافي

EL HADDAD MBARKA

CABINET CHAM
Kinésithérapeute - Physio-
Médecin - M.D.S.
Av. Lalla Aïcha, Rés.
Tabriquet - S.
Tél: 05 37 88 44 48

Faire pratiquer par un kinesithérapeute de 6 seances de REEDUCATION
de l'EPAULE DROITE EN DECOAPTATION, a raison de 2 à 3 seances
par semaine avec :

1. Physiothérapie de l'épaule avec ionisation
2. Après diminution de la symptomatologie douloureuse :
3. Travail actif, isotonique simple, global et bilatéral des différents muscles
de la ceinture scapulaire dans les mouvements d'antepulsion-retropulsion et
d'elevation-abaissement, le membre supérieur relache
4. Exercices de recentrage passif par des exercices pendulaires à visée
decontractante et antalgique
5. Puis exercices de recentrage dynamique
6. Puis exercices de recentrage automatique par des exercices proprioceptifs

INPE : 101206464

Dr. Mohammed Amine MAHDI
RHUMATOLOGUE
16 Av. Ibn Khaldoun 1er Etage Apt. N° 2
Bab Mirissa - Salé - Tel : 05 37 88 13 30
GSM : 06 97 56 19 71
mahdimedamine@gmail.com

16. شارع ابن خلدون. الطابق الأول. الشقة 2. باب المريسة - سلا

16, Avenue Ibn Khaldoun, 1er étage, Appt N° 2, Bab Lamrissa - Salé

Fixe : 05 37 88 13 30 Mobile : 06 97 56 19 71 E-mail : Drmahdimedamine@gmail.com

Salé le: 05/02/2020

Facture N°: 051020

Patient: Mme ELHADDAD.M.BARKA

Diagnostic	Nb Sc	Prix Sc	Montant
Reeducation de l'épaule	6 SC	120 DH	720 DH
Total à payer:			720 DH

Arrêté la présente facture à la somme de: Sept cents vingt Dirhams

Cachet du Kinésithérapeute


CABINET CHAATANI
Kinésithérapie - Physiothérapie
Av. Lalla Asmaa, Rés. Néma (D)
Tabriquet - Salé
Tél: 05 37 86 44 46

Av. Lalla Asmaa Résidence Néaama Entrée D 1er étage App.2 Salé Tabriquet
☎ 05 37 86 44 46 GSM: 06 78 24 78 36 e_mail: kiné.chaatani@gmail.com

Patente N°: 26433610

ICE :002000948000009

TP :29013940

IF :15218872

Centre Médical de
kinésithérapie
Physiothérapie



المركز الطبي
للترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي

18713

DEVIS

Salé Le : 30/11/2020

SASAPPEP
le 31/01/2020

مبلغ
20K

Patient : Mme. ELHADDAD MBARKA

Diagnosticque	Nbr. SC	Prix.Scéance
Reeducation de l'épaule	6 SC x 120DH	T.TTC ≠ 720 DH ≠



vous remercie pour votre confiance

Direction

CABINET CHAATANI
Kinésithérapie - Physiothérapie
Av. Lalla Asmaa, Rés. Niama (D)
Tabriquet - Salé
Tél: 05 37 86 44 46

Avenue Lalla Asmaa Résidence Niama, Entrer D, 1^{er} étage App. 2 Tabriquet - Salé

☎ 06 78 24 78 36 / 06 61 64 70 24

✉ kine.chaatani@gmail.com

Agenda des séances

1. 01/02/2020
2. 03/02 /2020
3. 05/02/2020
4. 07/02/2020
5. 10/02/2020
6. 12/02/2020

Signature :


CABINET CHAATANI
Kinésithérapie - Physiothérapie
M. Lalla Asmaa, B. Niama (D)
Tabriquet - Salé
Tél: 06 37 60 44 46