

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.

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLITINE ELMGHARI MOULAY M'HAMED

Date de naissance : 01/07/1943

Adresse : 18, LOT. ASSET LEKHOUR, MAARIF, CASABLANCA

Tél. : 16.68.41.92.90 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : YAOUJIAHANWAR SHAHRAYED Age : 64 ans

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : YAOUJIAHANWAR SHAHRAYED

Le : 10/10/2021

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.

RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

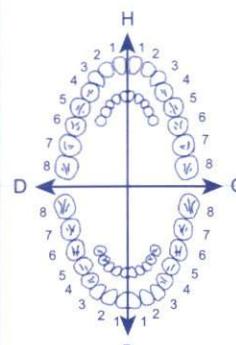
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CENTRE KINÉMA Physiothérapie Fonctionnelle 108, Bd Général de Gaulle Casablanca 10070 Algérie	du 09.11.20 Aux saghou 28.11.10	15 AM				2550 Dhs 100 F.1.100/- rental

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'état de la dent.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	G			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

578 0752

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale

الدكتورة حسناء عزمي

إخلاصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل والعضلات
وأمراض العمود الفقري



CENTRE KINEMA
Casablanca, le
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghoudi, 16 Rue Jabal Saghrou
Casablanca Tél/Fax: 39.77.70
AUTN 1731

28/10/2020 الدار البيضاء في

Je Sliine Jaoui
Al Jadawar Shahrazed

Cervicalgic avec contracture

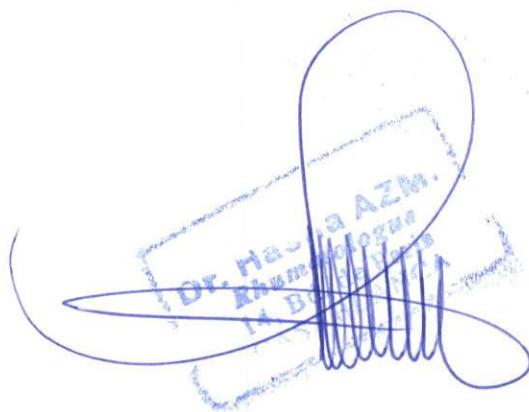
et limitation du recouvrement cervical
et déséquilibre à la marche

→ 30 séances

Récidivé après cervicale

CENTRE KINEMA
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghoudi, 16 Rue Jabal Saghrou
Casablanca Tél/Fax: 39.77.70
AUTN 1731

avec travail de la marche





LEILA GHALLAB

Kinésithérapeute & Physiothérapeute
Diplômée de l'Université de MALAGA
(Espagne)

108 Bd Ghandi,
16 Rue Jabal Saghrou Casablanca
Tél. Fax : 022 39 77 70
E-mail : centrekinema@menara.ma

FACTURE N ° 82/2020

La somme de : 2550Dhs (Soit 170Dhs/séance)

Pour une série de : 15 séances de AMM9

Rééducation pour une cervicalgie + Rééducation de la marche

Adressé à : Mme Slitine Daoud Shahrazed

Durant la période du : 09/11/2020 au 28/12/2020

Sur ordonnance du Docteur : Azmi Hasna

Casablanca le : 31/12/2020

Avec mes remerciements,



Casablanca le : 31/12/2020

Compte rendu des séances de Mme Slitine Daoud Shahrazed

Date de la séance	Nombre de la séance
Lundi 09-11-20	1
Jeudi 12-11-20	1
Lundi 16-11-20	1
Jeudi 19-11-20	1
Lundi 23-11-20	1
Jeudi 26-11-20	1
Lundi 30-11-20	1
Jeudi 03-12-20	1
Lundi 07-12-20	1
Jeudi 10-12-20	1

CENTRE KINEMA
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghandi 16 Rue Jabbal Saghrou
Casablanca - Maroc Tel/Fax: 022 39 77 70
Salle N° 123

Lundi 14-12-20	1
Jeudi 17-12-20	1
Mardi 22-12-20	1
Jeudi 24-12-20	1
Lundi 28-12-20	1

Totale : 15 Séances

Avec Mes Remerciements :

Leila Ghallab



MB 0752

- COPIE DOSSIER EN VOTRE POSSESSION
 → ACCORD OBTENU POUR 15 SEANCES



Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle

06. 68. 41. 92. 20

LEILA GHALLAB M.1

Kinésithérapeute & Physiothérapeute
 Diplômée de l'Université de MALAGA
 (Espagne)

108 Bd Ghandi,
 16 Rue Jabal Saghrou - Casablanca
 Tél, Fax : 022 39 77 70
 E-mail : centrekinema@menara.ma

Casablanca le : 02.11.20

DEMANDE D'ACCORD

Pour une série de :

30

Séances de :

ANNE

Rééducation cervicale
 et travail de la
 marche

Au prix de 5100 m (soit 170 m / séanc)

Adressée à N^{me} Leila Shohrawad

Durant la période du 02.11.20 au 30.12.2020

Sur Ordonnance du Docteur Hosni AZIZI

~~CENTRE KINEMA
 Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle
 108 Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghrou
 Casablanca Tel/Fax : 022 39 77 70
 AUT N° 1731~~

**MUPRAS**MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC07.07.52

06.68.41.92.20

le 02.11.2020

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: <u>07.52</u>	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent <u>SLTINE ETET HASSI MOULAY AÏCHA</u> N°Tél bureau:	
Nom et Prénom du bénéficiaire <u>DAUD ALMAZAR SHAIHRAZI</u> N°Tél domicile: <u>06.68.41.92.20</u>	
A remplir par le praticien	
Je soussigné: <u>Mme Zeila Shabazz</u>	Estime que l'état de santé de M ^{me} , M ^{me} , M ^{me} <u>SLTINE SHABAZZ</u>
Nécessite <u>30 mois de rééducat.</u>	Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) <u>30 ANG</u>
..... <u>5100 DA (par 10 m par jour)</u>
Une hospitalisation de : (Approximatif) <u>Cabinet de rééducation</u>	A: (préciser l'établissement hospitalier) <u>Kinem</u>
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision:	<p style="text-align: right;">CENTRE KINEMA Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle 108, Bd Général 16 Rue Jdid Saghira Casablanca TÉL/FAX: 31.77.70 AUT N° 1731</p>

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

7 le 0752 / 06. 68.41.92-20

le 28/10/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:
[Signature]

Certifie que M^{me} M^{me}, M^{me}: Sletor Doud Al Jadawen
Shahrazed

Présente
une limitation du rachis cervical avec troubles
de la marche

Nécessitant un traitement d'une durée de:

30 séances de Rückentherapie

Dont ci-joint l'ordonnance.....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

[Large handwritten signature]

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52