

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-585274

Kimi

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *4726*

Société : *RAN*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *Bena Sulking El Hiac Wadys*

Date de naissance : *25/12/53*

Adresse : *104 rue Fouad Wakhai - Maany*

Tél. : *066372206*

Total des frais engagés : *2000 Dh*

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 : *El Kaysan*

Le : *10/01/2021*

Signature de l'adhérent(e) :

Amir

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

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
				INP : <input type="text"/>

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
My Kiné Prévention-Rééducation-Entretien 85 Angle Bd. Yacoub Elmanssour et Rue Nassiheddine 1 Etage Fixe : 0522 996 212	31/12/2020	12	Séances de Ammis			24000 MT (Sout-2020) séances

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

Colm	AM	PM	TM
on ue	12	Sessões de	
3A/12/2020		Amms	

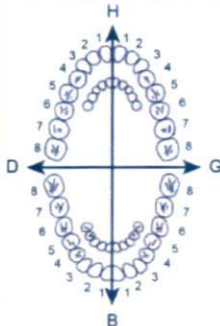
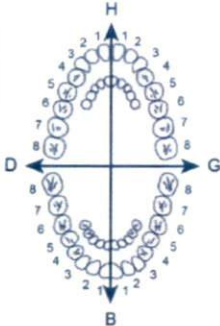
2400 Md
(Sort-20514/
sances

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				C
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 8 on each side. The piers are arranged in a semi-circle. The top of the arch is labeled 'H', the bottom is labeled 'B', and the left side is labeled 'D'.

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

Facture / Note D'honoraires :

N° : 140 / 2020 Date : 31.12.2020

12 séances de Amm,
pour Rééducation du rachis cervical

Au prix de 24000M (soit 2000M / séance)

Adresser à M Benabd el krim el Filali Hinda

Durant la période du 04.12.2020 au 31.12.2020

Sur ordonnance du Dr Benyahya Elouanda

Signature:

My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
65 Angle Bd Yaacoub Elmanssour
et Rue Hassiheddine 1 Etage
Fixe : 0522 996 212

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

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

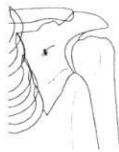
Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des os,
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire
Mésothérapie

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة بنححي الوردة

اختصاصية في أمراض المفاصل
والعظام و العمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل
الميزوثيرابيا

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 09/11/2020 : الدار البيضاء في

Ordonnance de rééducation

Nom, Prénom :

BENABDELKRIM ELFILAL HINDA

Diagnostic :

Cervicalgia

Faire 3 séances par semaine de rééducation du rachis cervical :

- Physiothérapie
- Massages myorelaxants
- Mobilisations passives et actives
- Renforcement musculaire en statique
- Reprogrammation oculo-cervicale et cervico-scapulaire
- Entretien musculaire et hygiène de vie

Nombre de séances :

12 séances

Pr. E. BENYAHYA

Professeur E. BENYAHYA
RHUMATOLOGUE

Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4ème étage, n°405, Casablanca
Tél : 0522 86 21 93 - Fax : 0522 86 51 75 - GSM : 0661 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

Devis / Demande d'accord



Date : 09.11.2020

Prévention - Rééducation - Entretien

12 séances de Amm
pour Rééducation du rachis
cervical

Au prix de 24000 (soit 2000 / séance)

Adresser à Benabdelkrim El Filali Hinda

Durant la période du 09.11.2020 au 12.11.2020

Sur ordonnance du Dr Benyahya El Ouanda

Signature:

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

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 5634771

IF : 24837240

ICE : 001939724000080

Adresse:

85 Intersection Yaacoub El Mansour

et Socrate 1er étage N°1

Tél.: 05 22 996 212

E-mail: contact@mykine.ma

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : <u>4726</u>	e-mail : <u>hmdaf.lali@gmail.com</u> Phones : <u>0663722706</u>
Nom et Prénom de l'adhérent : <u>BEWADELKAI M.</u>	<u>El BIAU Hindia</u>
Nom et Prénom du bénéficiaire : <u>11</u>	<u>11</u>
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
.....	
.....	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements 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 MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	
.....	
.....	
.....	

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.