

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.

Diagnostique 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

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- 055390

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : BENZEKRI 02659

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL

Date de naissance : 13.11.1956

Adresse : 8 rue Mansour P.H. CAS

Tél. : 0668 592927

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENZEKRI YOUSSEF

Age : 17 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 portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 18 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOIR ACCORD MUPRAS EN VOTRE POSSESSION

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

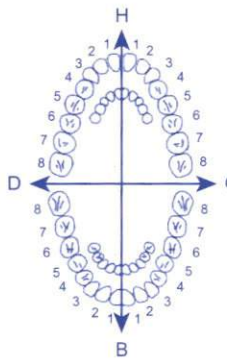
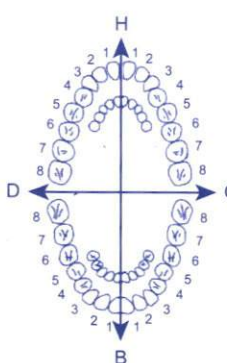
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AIT HMAD Fatima Ezzahra Kinésithérapeute Lot El Manzah, Rue 1 N° 12 Casablanca - Tél. : 0563 46	12/12/2020					20 séances x 120 DH
	12/01/2021					2400 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE

CENTRE DE KINESITHERAPIE ALMANZAH

Lotissement Almanzah Rue 1 N° 12 Casablanca

Tel : 0663467027

ICE: 002210626000011

IF: 33606556

N° DE LA TAXE PROFESSIONNELLE : 31900282

FACTURE N° 4 / 2021

DATE 18/01/2021

SEANCES DE REEDUCATION POUR SCOLIOSE DORSO-LOMBAIRE

.....

PATIENT : BENZEKRI YOUSSEF

NOMBRE DE SEANCES : 20 Séances

PRIX DE LA SÉANCE : 120 DH

MONTANT TOTAL : 2400 DH

ARRETER DE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS.

Signature
AIT HMAD Fatima Ezzahra
Kinesithérapeute
Lot El Manzah, Rue 1 N° 12
Casablanca - Tél. : 0663 46 70 27

Dr. Nawal AISSAOUI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des maladies des OS,
des Articulations, la colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la faculté de Médecine de rabat
Ancienne Médecin à l'hôpital EL Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي
أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقري والأوتار
دبلوم كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 04/12/2010 في: الدار البيضاء.

M^r Benzekri Youssef

Faire su :

20 xaux de

recherche pour :

1/ scoliose 2010 - lumbaire

lombaire : convexité Gauche
Droite " droite

bascule bascule

(+) accentuation bascule

(+) " lordose
lombaire.

2/ bonalignement

Docteur Nawal AISSAOUI
Rhumatologue

زاوية شارع القدس وأولاد حدو - الدار البيضاء - عين الشق - الدار البيضاء
Appt. N°3, Immeuble 28. Résidence Addamane - Angle Bd. el Kouds et Oued Chock
Appt. N°3, Immeuble 28. Résidence Addamane - Angle Bd. el Kouds et Oued Chock
Tél. / Fax 0522 87 33 40 الهاتف / الفاكس 0522 87 33 40
Casablanca

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 04/12/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02659 e-mail : benzekri.jz@gmail.com Phones : 0668592927
Nom et Prénom de l'adhérent : BENZEKRI JAMAL
Nom et Prénom du bénéficiaire : BENZEKRI YOUSSEF

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR AISSAOUI
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Benzekri Youssef
Nécessite : réduction de 20 %
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
20 % de réduction

Docteur Nawal AISSAOUI
Rhumatologue
Appt N° 3, Imm 28 Rsd, Aidan, Agd
Bd El Kods et Oued Haddou, Ain Chouf
Casablanca

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):

- syndrome douloureux
Inégalité musculaire

Cachet, date et signature du praticien

Docteur Nawal AISSAOUI
Rhumatologue
Appt N° 3, Imm 28 Rsd, Aidan, Agd
Bd El Kods et Oued Haddou, Ain Chouf
Casablanca

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.