

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

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° W19-590061

64385

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12671

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Idriss Oubou Lamine

Date de naissance : 20.07.1980

Adresse : C.G.R. 26A F Boukhar

Tél. : 06 61 34 91 97

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 DEC 2020

Nom et prénom du malade : M. LAMIAA IARISSI

Age : 1780

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 CASABLANCA le 01 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACQUEIL

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
01 DEC 2020	C	1500	1500	INP : 001098178 Médecine Générale Homéopathie Hypnose Thérapeutique 21, Bis Abou Salt Andaloussi Madrif Casablanca Tél 05 22 25 95 40

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	du 15-12-20					2500,00
	au 15-01-21					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input 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

Docteur M'BIRKOU M.

Homéopathie

Hypnose Thérapeutique

Médecine Générale

71, Bis, Rue Abou Salt Andaloussi

2ème Etage Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 95 40

Aut. 5.375

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتورة أمبيركو م.

الطب التجانسي

العلاج المغناطيسي

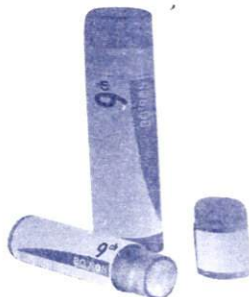
الطب العام

71، مكرر زنفة أبوسلط الأندلسي

الطابق الثاني المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 95 40

بالموعد



Casablanca, le 01 DEC 2020 في الدار البيضاء،

MC LAMIAA

IDAÏSSI QATTOUNI

10 séances de kinésithérapie

- massage

- réflexes

- Physiothérapie

- Reéducation fonctionnelle

Dr. M'BIRKOU M.
Médecine Générale
Homéopathie - Hypnose Thérapeutique
71, Bis Abou Salt Andaloussi
Maârif - Casablanca
Tél. 05 22 25 95 40

Docteur M'BIRKOU M.

Homéopathie

Hypnose Thérapeutique

Médecine Générale

71, Bis, Rue Abou Salt Andaloussi

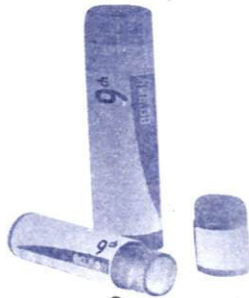
2ème Etage Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 95 40

Aut. 5.375

SUR RENDEZ-VOUS

Casablanca, le



01 DEC. 2020

الدكتورة أمبيركو م.

الطب التجانسي

العلاج المغناطيسي

الطب العام

71، مكرر زنقة أبو سلت الأندلسي

الطابق الثاني المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 95 40

بالموعد

الدار البيضاء، في

M. ZAMIAA

I DRISSI QAÏTOUNI

- D Cœur honte (B24)

1 capsule / sem. x 8 sem.

ni

1 A / tous les 15 j

- Vitamine B12

1 cm 3 x 1 x 1 mois

- Doliprane 500

1 capsule 3 x 1 x 3 j

DR. M'BIRKOU M.
Médecine Générale
Homéopathie - Hypnose Thérapeutique
71, Bis Abou Salt Andaloussi
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 95 40

BOUCHAREB Houria
Kinésithérapeute
Diplômée de L'I.S.E.K. Bruxelles

بوشارب حورية
مروضة طبية
خريجة المدرسة العليا للدولة ببروكسيل

Casablanca, le 15/01/2021,

NOTE D'HONORAIRE N° 000920

Pour 10 AMMP Séances de kinésithérapie
physiothérapie + massage +
physiothérapie pour tout le Dos

durant la période du 15-12-20 au 15-01-2021

adressé à Mme/Mr IDRISSA AIT TOUMI

sur Ordonnance du Docteur m'b-ERKOU MALIK

Soit 10 Séances X 25000 DH = 250000 DH

Deux mille cinq cent cinquante

BOUCHAREB Houria
KINESITHERAPEUTE
N° Auto: 1998
Résidence BENOMAR Porte "C"
MAÏRIF - CASABLANCA
Tél: 0522 25 78 96

Avec mes remerciements

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. LAMIA TORISSI DAITOUPI
Nécessite 10 séances de Kinésithérapie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 10 APT 10

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):

Douleurs cervico lombo sacrales chroniques
et crampes nocturnes
Rééducation fonctionnelle + massage + physiothérapie

Dr. M'BIRKOU M.
Médecine Générale
71, Bis ABOU SAÏD ANASSOUSSI
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 95 40

Cachet, date et signature du praticien

BOUCHAREB Houria
KINESITHERAPEUTE
N° ANP 157
Résidence BENCHERAF "C"
MAARIF - CASABLANCA
Tél. 0522 25 8 96

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.