

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Pathologie 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.

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

Nº P19- 062351

59035

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLITINE ELGHARI moulay m'HAMED

Date de naissance : 01/07/1943

Adresse : 18, LOT ARSET LEKBIR, TAARIF, CASABLANCA

Tél. : 06.68.41.92.20

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2021

Nom et prénom du malade : Slitine ELGHARI shehrazad 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ATAXIE Anti GAD

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 : CARAGLAXA

Signature de l'adhérent(e) : M.H.F

Le : 30/03/2021

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
01/02/2021	US	G		Dr. Abdellatif LARAKI Medecine Interniste 1444X - 23-20 Casablanca

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
		A M	P C	I M	I V	
CENTRE KINEAS Ioitherapie & Rééducation Fonctionnelle Bd Ghandi 16 Rue Jabol Saâhraoui Casablanca - Tel/Fax: 39.77.70 AUTN 1731	22/02/21 22/03/21		08 ANNEES			1360.00 (net 1100.00/ deco 6)

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RACHID LARAKI

75 0752

01/02/2021

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

Méfilleine Negzaoui

Kine n. Negzaoui

8 years

Ataxie

→ remplacent de
l'équilibre

CENTRE KATEMA
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghandi, Casablanca 10000
Rue Jabbal Saghroun
Fax : 05 22 98 16 69
AUTN 1731

Dr Rachid Laraki
Médecin Repreneur
400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc

760752



Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle

LEILA GHALLAB

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

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

FACTURE N ° 33/2021

La somme de : 1360 Dhs (Soit 170Dhs/séance)

Pour une série de : 08 séances de AMM9

Adressé à : Mme Slitine Shahrazad

Durant la période du : 25/02/2021 au 22/03/2021

Sur ordonnance du Docteur : Rachid Laraki

Casablanca le : 29/03/2021

Avec mes remerciements,



N° 0752



Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle

LEILA GHALLAB

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

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

Casablanca le : 29/03/2021

Compte rendu des séances de Mme Slitine Shahrazad

Date de la séance	Nombre de la séance
Jeudi 25-02-21	1
Lundi 01-03-21	1
Jeudi 04-03-21	1
Lundi 08-03-21	1
Jeudi 11-03-21	1
Lundi 15-03-21	1
Jeudi 18-03-21	1
Lundi 22-03-21	1

Totale : 8 séances

Avec remerciements

Leila ghallab

CENTRE KINÉMA
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jabel Saghrou
Casablanca Tél/Fax: 39.77.70
AUTN 1731



MUPRAS

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

ST-0752 / ob. 68.41.92.20
le 01/02/2011

- COPIE DU Dossier EN VOTRE POSSESSION
- ET ACCORD OBTENU POUR 8 SEANCES
- CI-JOINT DASSIER AVEC FACTURE, PLANNING UNE FOIS LES 8 SEANCES TERMINERES.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

~~ORDINALEMENT A
VOUS M^{me} [Signature]~~

A remplir par le praticien

Je soussigne: Dr. Rachid Rachid

Certifie que M^{me}, M^{me}, M: Dr. Rachid Rachid

Présente ATAXIE ANTI-GAD

Nécessitant un traitement d'une durée de:

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

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

(✓) : valable 3 mois

Dr. Rachid Rachid
[Signature]

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



Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle

LEILA GHALLAB.

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

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

Casablanca le : 04.02.21.

DEMANDE D'ACCORD

Pour une série de : 08

Séances de : ANNG

Renforcement de l'équilibre

Au prix de 1360,- (nett 1000/- zone)

Adressée à N^{me} Sline shahrazad

Durant la période du 04.02.21 au 08 séances 200-

Sur Ordonnance du Docteur Rochid fouglio

Centre Kinema
Rééducation fonctionnelle
16 Rue Jabal Saghou - Casablanca - Tél, Fax : 022 39 77 70
Avec mes remerciements,
Leila GHALLAB
AUTNNG

le/...../.....

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 0752

N° de poste:

Nom et Prénom de l'adhérent S.L.I.T.I.N.E EL OUGHAZI
MOULAY MI HAMED

N° Tél bureau:

Nom et Prénom du bénéficiaire S.A.D.I. A.L.ZAANAWAR
SHIMIGAZEN

N° Tél domicile: 06.68.41.92.20

A remplir par le praticien

Je soussigné: N^{me} Leila Ghallab

Estime que l'état de santé de M^{me}, M^{me}, M: N^{me} Salma s'honored

Nécessite 08 peintres de néostrol calin

Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) 08 ANG
1360 m (soit 1 fo m faxon6)

Une hospitalisation de : (Approximatif) Centre Kinéma

A: (préciser l'établissement hospitalier) Cabinet Néostrol

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:

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: 022-91-23-36/ 022-91-23-76

SIEGE SOCIAL: AEROPORTE CASA ANFA CASABLANCA

Tel: +212 34 1691 26-30/01-28-81-91-26-49-01-26-86-91-28-83 Fax: +212 91 26 52

E-mail: Mupras@cyberdialmaroc.com

