

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.

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 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

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

4000 85321
Déclaration de Maladie

N° P19- 054878

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913 Société : RAM 65321
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABOUAISSA Med
 Date de naissance : 26/3/51
 Adresse : 70 Rue Khatouba v.11 - 20380 Busfer
 CASABLANCA
 Tél. : 0663 760 915 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/3/21
 Nom et prénom du malade : FARID ep, ABOUAISSA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Tendinite de l'épaule
 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 : 16/5/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/12/21				Dr. EL M. ABDELH. H. Appt 3 Agt. Sidi Abderrahman Casablanca Tél 6622 89 38 83/95

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

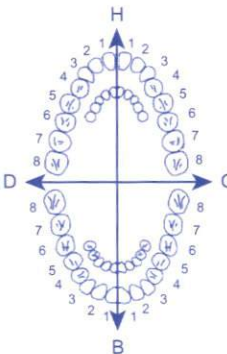
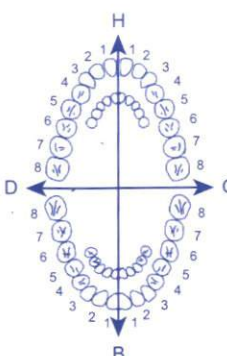
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre KIN ESPRIT Résidence 1000 Route d'El Jadida Cité Pêcheur - 1er Etage Tél: 05 22 33 55 20 / 05 22 33 55 21	02/05/2021					10 Seaux 1500 DH

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 canaux, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT 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																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(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'EXECUT

mail hamid.abouaissa@gmail.com

GSM 0663 760 915



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

MLE ~~6913~~ 6913

Le 28/9/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 6913 e-mail hamid.abouaissa@gmail.com Phones : 0663 760 915
Nom et Prénom de l'adhérent M. ABOUAÏSSA
Nom et Prénom du bénéficiaire : FARID Saadia ep ABOUAÏSSA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR IBN ABDELLAH H.
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Farid ep Abouaissa Saadia
Nécessite : Kinésithérapie (210)
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :
Tendino palpée epaule levée

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):

Tendino palpée de l'épaule levée

Cachet, date et signature du praticien

DR IBN ABDELLAH H.
Médecin Généraliste
Immeuble 01 Compagnie App 8
Angle P. d'Azemour
Bvd Sidi Abderahman Casablanca
Tél 0622 89 38 38/95

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

accord
65321
29/09/2021

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.



Mh

6913

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل

Accord 65321

Nom et Prénom :

M^{re} Faied ep Abouaissa

Casablanca le :

25/3/21

Sao des

Cendropathie de l'épaule

droite

⇒ Kinésithérapie a

but analgésique (US, massages)

et mobilisation en decubitus

faire 2 séances / semaine

Dr IBN ABDELJALIL

Im. A. Sidi Abderahmane Casablanca
Tel. 0522 89 38 88/95



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Im. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca



05 22 89 38 88 / 95



ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Casablanca, le : 20/05/2021

calendrier des séances

<u>Séances</u>	<u>Date</u>	<u>heure</u>
1 ^{ère} séance	02/04/2021	à 16h30
2 ^{ème} séance	05/04/2021	à 12h30
3 ^{ème} séance	09/04/2021	à 11h00
4 ^{ème} séance	12/04/2021	à 12h00
5 ^{ème} séance	16/04/2021	à 11h00
6 ^{ème} séance	19/04/2021	à 12h00
7 ^{ème} séance	23/04/2021	à 14h00
8 ^{ème} séance	26/04/2021	à 11h00
9 ^{ème} séance	30/04/2021	à 12h00
10 ^{ème} séance	03/05/2021	à 11h00

Centre Kin'ESPRIT
 Résidence Nadia, Route d'El Jadida
 Cité Plateau Imm 3, 1er Etage N° 2
 Tél.: 05 22 99 56 45 - 06 61 35 61 79



Centre Kin'Esprit

Kinésithérapie. Amincissement. Bien-être

Casablanca le : 02-05-2021

facture

Numéro de facture : 2021014

Nom / Prénom du patient : Mme Saadia Farid épouse Abouissa

Nom de CIN : B361289

Nom d'assurance : MUPRAS

Nombre de séances : 10 séances

Prix de la séance : 150dhs

Total : 1500 dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cinq cent dirhams

Centre Kin'ESPRIT
Résidence NADIA, Route d'El Jadida
Cité Plateau, 3 - 1er Etage N° 2
Tél : 05 22 99 56 45 / 05 61 35 61 79