

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR
TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 045071/7712

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7712 Société : RAM 76508

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : ABOUAÏSSA ADINA

Date de naissance : 01/03/1961

Adresse : 7 Rue ISHAK IBN HANINE
APPT - 5 Maarif Casa

Tél. : 0675614418 Total des frais engagés : 2250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26/04/2024

Nom et prénom du malade : ABOUAÏSSA ADINA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

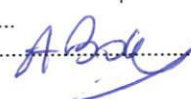
Nature de la maladie : Paraplégie

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 : Casa Le : 24/06/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Signatures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26.4.25	PACTURE		Dr. NAJIB KHAOULANI Médecine Physique et Rééducation Médecine du Sport 28, bis Bd. Moulay Idrissi 1er - Casablanca Tel.: 05 22 81 29 55 / Fax : 05 22 81 29 55 05 26 88 14 24 / 05 46 15 32 74

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	
Dr. NAJIB KHAOULANI Médecine Physique et Rééducation Médecine du Sport 28, bis Bd. Moulay Idrissi 1er - Casablanca Tel.: 05 22 81 29 55 / Fax : 05 22 81 29 55 05 26 88 14 24 / 05 46 15 32 74	26.4.25					

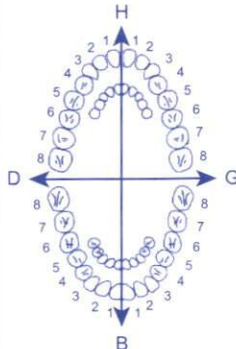
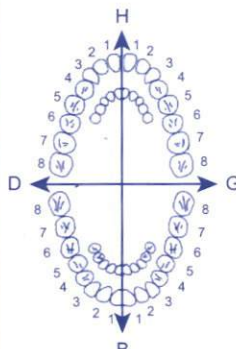
1580 x 150 DH = 2250,00

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 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																	
				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'EXECUTION

Docteur Najib KHAOULANI

Ancien assistant des Hôpitaux de Lyon
Spécialiste en médecine
physique et rééducation
Médecine du Sport

الدكتور نجيب الخولاني

خريج كلية الطب بليون
إختصاصي في الطب الفيزيائي و الترويض
في أمراض الروماتيزم و أمراض العظام و العضلات
الطب الرياضي

Casablanca le, 22.3.21 , الدار البيضاء في

1^{er} - ABOUAÏSSA ADINA

- 20 - vingt piéces
de matériel et 26
gynosthésie
paraparcours

Dr. NAJIB KHAOULANI
Médecine Physique et Rééducation
Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 / Fax : 05 22 81 29 55
05 26 88 14 24 / 05 46 15 32 74

Nom : AZOUIS Prénom : AMINA

Nombre de Séances : 15/15

Date	Heure		Date	Heure		Date	Heure		Date	Heure	
30.3.21	12h	P	1.4.21	12h	P						
31.3.21	12h	P	2.4.21	12h	P						
01.4.21	12h	P	3.4.21	12h	P						
05.4.21	12h	P	4.4.21	12h	P						
06.4.21	12h	P	5.4.21	12h	P						
07.4.21	12h	P	6.4.21	12h	P						
08.4.21	12h	P	7.4.21	12h	P						
12.4.21	12h	P	8.4.21	12h	P						
14.4.21	12h	P	9.4.21	12h	P						
15.4.21	12h	P	10.4.21	12h	P						

- **Consultation.**
- **Rééducation et réadaptation**
- **Appareillage**
- **Médecine du sport**
- **Prise en charge à domicile**

CENTRE MOULAY DRISS 1^{ER}

Médecine Physique et Rééducation

Dr. Najib KHAOULANI

28 bis, Bd. Moulay Idriss 1^{er} Casablanca
Tél.: 0522 812 955 - Fax : 0522 810 810

Dr KHAOULANI NAJIB
Médecine physique et rééducation

26/04/2021

NOTE D'HONORAIRE 032/2021

Nom/Prénom:

ABOUAÏSSA AMINA

Nombre de Séances de rééducation

15(Quinze)

Prix par Seances :

150,00DH

Total à payer:

2 250,00DH

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :
Deux Milles Deux Cents Cinquante Dirhams

Dr. NAJIB KHAOULANI
Médecine Physique et Rééducation
Médecin du Sport
28, bis Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 / Fax : 05 22 81 29 55
05 26 88 14 24 / 05 46 15 32 74

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 22/03/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 7712 e-mail : _____ Phones : 06 75 614 418
Nom et Prénom de l'adhérent : ABDOUAISSA AMINA
Nom et Prénom du bénéficiaire : ABDOUAISSA AMINA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR. NAJIB KHAOULANI
Estime que l'état de santé de Mlle/Mme/M. ABDOUAISSA AMINA
Nécessite : rééducation
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 20 x KNP 12

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):

Compressif Tumorale D5
para para 610

Cachet, date et signature du praticien
DR. NAJIB KHAOULANI
Médecine Physique et Rééducation
28, bis Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél: 05 22 81 29 55 / Fax: 05 22 81 29 55
05 26 88 14 24 / 05 46 11 11 74

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.