

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6450 Société : 79359

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



03 SEP 2011

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ENTRE DE KINESITHERAPIE TADDEU SARTORIUS RDC Appart. 11 Tel : 0522 820255	du 28/12/2011 au 27/12/2011					12 x 15 = 1800,00 DH

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[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

ANDEMENTS IMPORTANTS REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
Il est exigé pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que les actes effectués en série.
Une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Les médicaments doivent être obligatoirement joints aux ordonnances.

Les documents sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.
Lorsqu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être fournis au praticien pour toute demande de remboursement.

Le praticien peut demander au médecin conseil de la mutuelle le médecin prescripteur des analyses ou radios peuvent être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Le praticien prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

La facture préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de soins.

La facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Pour les prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à faire avant le début de traitement.

Il doit être joint à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La facture des soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

La convention Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Mails utiles

Le : contact@mupras.com
Le : pec@mupras.com
Le : adhesion@mupras.com

Sur le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - Sème Etege Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Mutuelle de l'Éducation
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6459	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	79359
Nom & Prénom : ARRAK AICHA			
Date de naissance : 01-01-1951			
Adresse : Résidence Chenouf Apt 13 Etg 3 N° 71			
Quartier : Bachkou - CASA			
Tél. : 0661 77 02 04 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR. AWHARILIA Rhumatologue Rue Oued Noun, Lotissement A Oujda Hay Hassani, Casablanca INPE: 691246264	
Date de consultation : 25/07/2021	Age :
Nom et prénom du malade : ARRAK AICHA	
Lien de parenté : Fille	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : MALADIE RHUMATOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> Lui-même
En cas d'accident précisez 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.	

Pour
ACC
cas d'ANT

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° M21-057934	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

Cabinet de Rhumatologie
Dr JAWHARI LAMIAE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vértébrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



سيخ شرقي متخصص
والمفاصل والروماتيزم
د. الجوهرى لمياء
- أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل والعمود الفقري
أمراض الروماتيزم (باريس)
هشاشة العظام
الفحص بالصدى للمفاصل
العلاج بالأدوية البيولوجية
طبية سابقة بمصلحة أمراض
العظام و المفاصل بمستشفى ابن رشد

Ordonnance

Le : 05.07.2021

Pne Assak Arche

Rééducation de genou gauche

(Gonarthrose + Tendinite
Biceps fémoral ++)

- Physiothérapie orthopédique

- Massage décontractant pectoral
et regard du Biceps fémoral

رقم 8 زنقة واد نفيس الطابق الأول مجموعة أ (قرب صيدلية طامر)
الألفة الحى الحسنى - الدارالبيضاء

Tél. : 05 22 69 40 05 / E-mail : lamiæjawhari@hotmail.com

Ex/

Document de la partie

Ex/Sen

15 Seconde

Dr. JAWHARI Lamiae
Rhumatologue
Rue Oued Nefis, Lotissement A
Oulfa Hay Hassani - Casablanca
INPE:091246264



**Centre de Kinésithérapie et de physiothérapie
Taddert**

DEVIS

La somme de 1800,00 DH

Pour une série de 15 Séances de Physiothérapie
..... et de rééducation fonctionnelle
..... du genou gauche

Adressées à Mme ARRAKS Bicka

Durant la période du 27/01/2021 au

Sur ordonnance du Docteur JAWITARI Lamiae

*CENTRE DE KINESITHERAPIE
TADDERT S.A.R.L
62 Lot. Bachkou Imm. Saâda
RDC Appt 1 Casablanca
Tél. : 05 22 82 02 55*

Avec mes remerciements.

Signé : Ferdaous SARDI

**Centre de Kinésithérapie
et de physiothérapie
Taddert**



Ferdaous SARDI

Kinésithérapeute et physiothérapeute

- ➲ *Suivi diététique personnalisé*
 - ➲ *Electrolipolyse*
 - ➲ *Massage Amincissant*
 - ➲ *Infra-Rouge longues*
 - ➲ *Palper - rouler (Starvac)*
 - ➲ *Préssothérapie*
 - ➲ *Drainage lymphatique*
 - ➲ *Physioplate*
-

62 Lot. Bachkou Imm. Saâda RDC Appt 1 - Casablanca
Tél. : 05.22.82.02.55

M. - Mme - Mlle : Aicha ARRAK

Date	Heure	Date	Heure
28/7/21	12h00		
29/7/21	12h00		
2/8/21	11h00		
4/8/21	11h00		
6/8/21	11h00		
9/8/21	11h30		
11/8/21	12h00		
12/8/21	12h00		
13/8/21	11h00		
16/8/21	11h30		
17/8/21	12h00		
18/8/21	12h30		
19/8/21	11h00		
23/8/21	11h00		
25/8/21	11h30		

CENTRE DE KINESITHERAPIE
TOULOUSE
62, Lot Sagnon 31540 L'Isle-en-Dodon
Tél. 05 22 82 02 55
RDC Appart. 1, Casabianca