

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057928

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6450 Société : 79359

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ARRAX AICHA

Date de naissance : 01-01-1975

Adresse : Pot Bedrou des chaux n° 75

Ap 13 Etg 3 Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

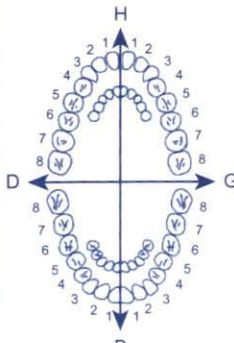
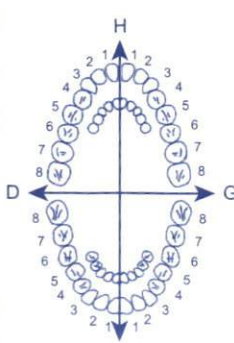
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	28/12/21					12 x 15 = 180,000
	25/12/21					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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

ANDATIONS IMPORTANTES 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 durée de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
Il est exigé pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, orthodontie, parodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour 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 jointes aux ordonnances.
Les documents sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.
Il faut joindre :
- une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joints à la demande de remboursement.
- la prescription médicale pour toute demande de remboursement.
- le formulaire du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

La feuille de soins du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

La feuille de soins doit être renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de traitement.
La facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Les prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre au début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
Le remboursement des soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canaux.

La prescription Longue Durée ALD et ALC :
La maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses utiles :
contact@mupras.com
pec@mupras.com
adhesion@mupras.com

Le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.
MUPRAS
H. HANANI
28 JUL. 2021
Quartier de l'Horloge
Bordj Bou Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Tél : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6459 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 29359

Nom & Prénom : ARAK AICHA

Date de naissance : 01-01-1975

Adresse : P.O. 91, Choukri Apt 13 Ag 3 n° 75

Quartier : BACHKOU - CASABLANCA

Tél : 0661 77 02 11 44 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAHARILAH
Rhumatologue
Rue Oued Nour, Lotissement A
Oudja Hay Hassan - Casablanca
INPE: 091246264

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/07/2021

Nom et prénom du malade : ARAK AICHA

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

Nature de la maladie : MALADIE RHUMATOLOGIQUE

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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Le : / /

VOLET ADHERENT

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 Vertébrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



- سيتم عرض جميع
والمفاصل والروماتيزم
د. الجوهري 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

Aue Arrak Archa

Rééducation du genou gauche

(Gonarthrose et Tendinite
Biceps Fémoral ++)

- Physiothérapie orthopédique

- Massage décontractant péroné

et regard du Biceps Fémoral

رقم 8 زنقة واد نفيس الطابق الأول مجموعة أ (قرب صيدلية طام)
الألفة الحي الحسني - الدار البيضاء

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

El-
El-

...ement de cette partie

Ex/Sen

15 Seance

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 M^{me} ARRAB Achou

Durant la période du 27/7/2021 au

Sur ordonnance du Docteur JAWHARI 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*
 -  *Physioplante*
-

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
 TALLBERT S.A.R.L.
 62, Loti Baenhou Hamm Saada
 RDC Appl 1 - Casablanca
 Tél : 05 22 82 02 55