

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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° M21- 0019468

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE JAMILA

Date de naissance : 20/06/1952

Adresse : Imm 29 Apt N° 4 2^{ème} étage - Nour californie

CASABLANCA

Tél. : 0660 16 81 00 Total des frais engagés : X 1200,00 DH 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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 06/04/2022

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

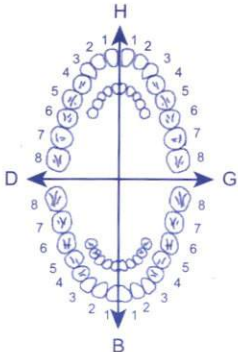
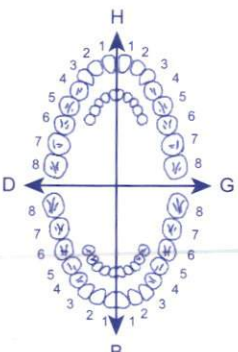
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 104584 
N° Dossier externe: ACC-01488-18/02/2022
Type de dossier: REEDUCATION
Bénéficiaire: RAHMOUNE JAMILA
Situation: En attente
Sous-situation: ---
Date de début: 18-02-2022 
Date de fin: 18-02-2022 
Date de saisie: 18-02-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
21-02-2022	Manuel	ACC 12 SEANCES KINÉ

Dr Achraf HADANE

Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca

Ancien interne au Centre Hospitalier de Valence

(Rhône-Alpes- France)

الدكتور أشرف حدان

أخصائي جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي

فالانس . فرنسا

Casablanca le 17/02/2022 في الدار البيضاء

REEDUCATION

Mme RAMMOUNE Jamina

Cervicodgis + Dorsalgis

associées à la sciatodgis gauche.

→ - Rééducation en schéma cervical dorsal.

- Massage lombaire en dos

15 séances 2 fois par semaine

Dr. Achraf HADANE

Bd, Al Qods, Lot Essakane El Annas, Rés. Assafaa, Imm. 403, Num 4 - Casablanca

شارع القدس ، تجزئة السكن الأبيض ، إقامة الصفاء ، عمارة 403 ، رقم 4 ، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 50 34 48

Tél : 05 22 50 34 48 / 06 24 74 95 79 / hadaneachraf@yahoo.fr



AICHA OFKIR

0522525385-0620824555

- Neurologie
- Traumatologie
- Rhumatologie
- Gynécologie
- Pédiatrie
- Kinésithérapie Respiratoire
- Drainage lymphatique
- Rééducation vestibulaire
- Kiné périnéal
- Amincissement

Centre AIKA de Kinésithérapie

Facture

Facture N : 43/22

Date:/CASABLANCA le : 01/04/2022

Nom de patient : RAHMOUNE JAMILA

Nom de médecin traitant : ACHRAF HADANE

Diagnostic	Nombre des séances	Dates	Prix unitaire	Prix total
AMMG+IR	12	22/02/2022 25/02/2022 28/02/2022 04/03/2022 07/03/2022 11/03/2022 14/03/2022 19/03/2022 21/03/2022 25/03/2022 28/03/2022 01/04/2022	100.00DH	1200.00DHs

CENTRE DE KINESITHERAPIE AIKA
Aicha OFKIR
Rés Assakane Al Anik, 53 El Qods
Immeuble 404 Appartement 12 2ème étage
INP : 24964563

Casablanca, Ain Chok, Résidence Assakane Al Anik, Boulevard el Qods, Quartier El Omariya, Immeuble 404, Appartement Numero 12, 2ème étage. Casablanca/ INP/ 24964563 / ICE 002017736000014

05225-25385 – 0620824555