

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.

Educational :

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.

Maladie :

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° P19-0035113

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5089 Société : AAA37A

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LANANI Naïma

Date de naissance : 27 / 12 / 1988

Adresse : H. Ulla

Tél. : 0645326047 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6 / 4 / 2022

Nom et prénom du malade : LANANI Naïma Age :

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

Nature de la maladie : Fr. Cystose malade

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 : Le : 10/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Signature]

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
06/4/22		6		Dr Mohamed RAGHI Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Dr Mohamed RAGHI
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologue

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LUYEMBOURG Lamia MANDRE Yasmina les Crêtes Tel.: 0522 85 55 55/57	6/06/22	108,65

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Vaccinateur	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	IM		IV
<p>CENTRE DE KINESITHERAPIE TADDENT S.A. SARDI-FERDAGOS Bachkou Ham. Saida ROC App. ablanca - Tél: 05 22 82 02 55</p>	8/4/2022					<p>10 x 120 = 1200,00 21</p>

Cachet et signature
du praticien

Date des Soins

Nombre		
A M	P C	I

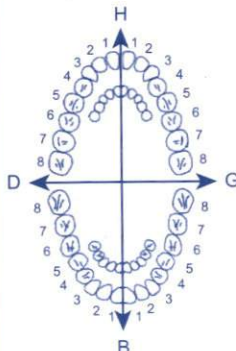
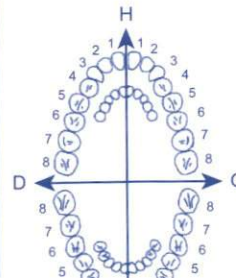
Montant détaillé
des Honoraires
$$10 \times 120 = 1200,00$$

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 canalaires, ainsi que le bilan

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 <div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> D G <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								

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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 4/2/22

Mr LAMANI NATAK

108.65
Dokawa

14/2/22



OSTEOCARE 30 CP
PVC : 108,65 DH
Ut Av : 31/01/2025 Lot : 256995A
IPHABIOTICS
5 021265 244683

LABORATOIRE
XEMBOURG
24, Lot. Yasmine les Cretes
Casablanca - Tél.: 0522 85 55 56/57

Dr Mohamed RAGHI
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologie



وصفة
ORDONNANCE



Le 20/3/2022

P. ALAADI NATNA

أشرف د. ب. 6/4/2022

Merci

Dr Mohamed RAHBI
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologue

POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1284863	N° SEJOUR : 220028067	FACTURE N° 2202007474		DATE D'ENTREE : 30/03/2022		DATE DE SORTIE : 30/03/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : LANANI,Naima						
MALADE : LANANI,Naima		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 03122007 DR RAGHI MOHAMED (TRAUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 30/03/2022	EDITEE LE : 30/03/2022	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



Centre de Kinésithérapie et de physiothérapie Taddert

FACTURE

La somme de 1.200,00 D.H.

Pour une série de 10 Séances de Physiothérapie
et de rééducation fonctionnelle
du poignet

Adressées à L. ANANI Naimia

Durant la période du ... 15/4/2022 au ... 6/5/2022

Sur ordonnance du Docteur ... Mohamed RAGHI ...

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

Avec mes remerciements.

Signé : Ferdaous SARDI

M. - Mme - Mlle :

Larani Naima

Date

Heure

Date

Heure

15/4/22 11h00

16/4/22 11h00

18/4/22 12h00

20/4/22 11h00

22/4/22 12h00

25/4/22 11h00

27/4/22 12h00

29/4/22 11h30

4/5/22 11h00

6/5/22 12h00

CENTRE DE KINESITHERAPIE
TADDEBT S.A.R.L.
JABRI ELERDAOUS

62, Lot Bachkou Hamm. Saida RDC Appl. 1
Casablanca - Tél: 05 22 02 02 55

**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