

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- N° 003802

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9373 Société : RAM ND 19833

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 1 - 7 - 1951

Adresse : 128, Alhacoli Boul. Tensift

Tél. : 00194827 Total des frais engagés : 1950 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Benbouazza Karima

Rhumatologue - Podologue
Appt. N° 10, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 23 67
INP : 101123420
ICE : 001748754000041

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Reumatologues chroniques

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : DR

Le 21/1/22

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
31/01/2022				professeur Benoît BONNEAU INP : 001-40-A-128 Tél : 05 61 41 3420 E-mail : bonneau@chru-bordeaux.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

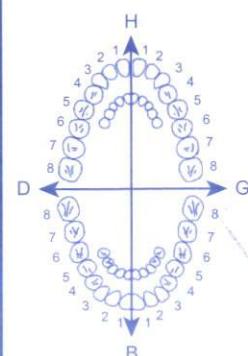
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



[Création, remont, adionction]

actionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Souad EL BAADDIOUI

Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Diplômée de L'institut supérieur
paramédical - Rabat



سعاد البااديوي

أخصائية في الترويض الطبي
خريجة المعهد العالي
الشهي طبي
بالرباط

IF N° : 37704795 - ICE : 002326691000035

Témara le : 07.06.2022 تمارا في :

Facture N° : 01.

Nom de Patient : FATIMA EL HANI

Diagnostic: Cervicarthrose + Dorsalgie

Nombre de Séance : 15 Séances

Prix de la Séance : 130 Dh

Total à payer : 1950 Dh

Dates des Séances :

06.05.2022	18.05.2022	30.05.2022
09.05.2022	20.05.2022	01.06.2022
11.05.2022	23.05.2022	03.06.2022
13.05.2022	25.05.2022	06.06.2022
16.05.2022	27.05.2022	07.06.2022

*Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Souad EL BAADDIOUI*

26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II, Témara Centre (Près du Crédit Agricole)
Fix: 05.37.64.39.15 / Tél : 06.60.80.18.78
28, Rue d'Iran, Av.Hassan II (Près du Crédit Agricole)
Fix : 05.37.64.39.15 / Tél : 06.60.80.18.78

Souad EL BAADDIOUI

Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Diplômée de L'institut supérieur
paramédical - Rabat



CENTRE
KINE-SIA

سعاد الباعديوي

أخصائية في التزويض الطبي
خريجة المعهد العالي الشبه
طبي بالرباط

IF N° : 37704795 - ICE N° : 002326691000035

Témara le : 15-04-2022 تمارة في :

Devis N° 01

Nom de Patient : FATIMA EL-HANI

Diagnostic : Cervicarthrose + dorsalgies

Nombre de Séance : 15 séances

Prix de la Séance : 130 Dh

Total à payer : 1950 Dh

15.04.22 27.04.22 09.05.22
18.04.22 29.04.22 11.05.22
20.04.22 02.05.22 13.05.22
22.04.22 04.05.22 16.05.22
25.04.22 06.05.22

Kinésithérapeute- Physiothérapeute
Souad EL BAADDIOUI
Fix: 05 37 64 39 15 Tel: 02 18 80 18 18
26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II
Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

26, Rue d'Iran, Avenue Hassan II , Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

زنقة إيران، شارع الحسن الثاني - تمارة المركز (قرب القرض الفلاحي)

Fix : 15 39 64 37 05 Tél : 78 18 80 60 06

Dr. Benbouazza Karima

Professeur en Rhumatologie

Professeur de Rhumatologie (Faculté de Médecine de Rabat)
Spécialiste des maladies des Os - Articulations -
Rachis - Tendons - Muscles - Pieds
Maîtrise de Médecine Interne (Faculté de Médecine de Rabat)
Diplôme d'échographie appliquée à la rhumatologie (Paris)
Diplôme des maladies Osseuses (Paris)
Diplôme de podologie (Paris)
Master Médecine Physique et Réhabilitation (Italie - Maroc - France)

الدكتورة كريمة بنبوعزة

أستاذة أمراض العظام والمفاصل والأوتار والعمود الفقري

أستاذة أمراض الروماتيزم (كلية الطب بالرباط)

مدمرة سابقاً بمستشفى العياشي بسلا
أستاذة مساعدة في الطب الباطني (كلية الطب بالرباط)
دبلوم التشخص بالصدى في مجال أمراض الروماتيزم (باريس)
دبلوم أمراض المظالم (باريس)
دبلوم أمراض الأرجل (باريس)
مساتير الطب الفيزيائي (إيطاليا - المغرب - فرنسا)

Rabat, le :

Madame ... Fatima

EL

HANI

BINTBOUCHAI

Indication : cervicarthrose + dorsalgies

Faire pratiquer par un kinésithérapeute de 15 séances de REEDUCATION CERVICO-DORSALE à raison de 2 à 3 séances par semaine avec :

- Massages doux et chaleur trapézo-cervicale et spinaux dorsaux
- Renforcement musculaire par contractions isométriques contre résistance manuelle, en infra-douloureux
- PAS de manipulation
- Reprogrammation musculaire par rééducation oculo-céphalique

Professeur Benbouazza Karima
Rhumatologue - Podologue
Appt. N° 10 Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 23 67
INP : 101123420
ICE : 0017485400004
Tél. : 40.43.12.69

Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Fax: 05 37 54 25 06
Squad. El Hassani 18 78
Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

Le 31.1.2008

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule : 2373 N° de poste :
 Nom et Prénom de adhérent : El Hachmi Faouzia N°Tél. bureau :
 Nom et Prénom du bénéficiaire : Mouloud N°Tél. domicile :

A remplir par le praticien

Je soussigné :
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M :
 Nécessite :
 Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) :

Une hospitalisation de : (Approximatif) :

A : (préciser l'établissement hospitalier) :

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Doulou suffis + Atteinte
+ Céni couthrofe

Cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Tel: 05-22-22-78-15 fax 05-22-22-78-18