

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.

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.

M22- 0036062

13/11/08

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3394

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN DIB A.N.B

7-2

Date de naissance : 12.9.60

Adresse : Tanger

Tél. : 0661.0847.99

Total des frais engagés : 1700 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 :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

ANALYSES - RADIographies

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

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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. ETAOUIL Noufissa
Professeur de l'enseignement supérieur
Spécialiste en Rhumatologie

Ancienne Professeur à la Faculté
de Médecine de Casablanca
et CHU Ibn Rochd-Casablanca

Diplômée des Facultés de médecine
de Rabat-Casablanca-Bordeaux
Ancien Médecin de CHU
Bichat Cld Bernard - Paris

ذ. الطويل نفيسة

أستاذة التعليم العالي

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

والعظام والمفاصيل

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء
والمستشفى الجامعي ابن رشد

خريجة كلية الطب بالرباط، الدار البيضاء وبردو
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بيشا - باريس

26. 9. 22

Dr. TAJ-EDDINE

Rhumatologie / Reumatikhe

Rehau du Poce -

Physiothérapie 3x / sem.
10 séau 4

Pr. ETAOUIL Noufissa
Rhumatologue
9, Rés. Ibn Khatib B
Rue Abou Alae El Maari - Tanger
Tél: 08 08 636 224
inp 091036632

RANIA ZAIR
KINESTHERAPEUTE
5 Av Moussa Ben Noussair Etg 1 Tanger
TEL 0539 324 249 GSM 0676 155 424

MUPRA
30 SEP. 2022
M
R
ACCUEIL

9, زنقة أبو العلاء المعربي إقامة الخطيب ب الطابق بين أرضي رقم 30 - طبقة
9, Rue Abou Alae El Maari. Rés Ibn Al khatib B Entresol N°30 - Tanger
Fixe: 08 08 63 62 24 - Gsm: 07 67 95 33 32



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le/...../.....

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule : 3394 N° de poste :
Nom et Prénom de adhérent : BENIDIDANE Aicha N°Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire : TAJEDDINE OUAID N°Tél. domicile 066.084.799

A remplir par le praticien

Je soussigné : Mme Zair Ramia

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M TAJEDDINE OUAID

Nécessite la scierces et le rééducatiin pour l'adinte patient

Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient)
rééducatiion de la main RANIA ZAIR

Une hospitalisation de : (Approximatif) KING THERAPEUTE

A : (préciser l'établissement hospitalier) TEL 0539.34.249 GSM 0676.155.424

Strictement confidentiel

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

Cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :

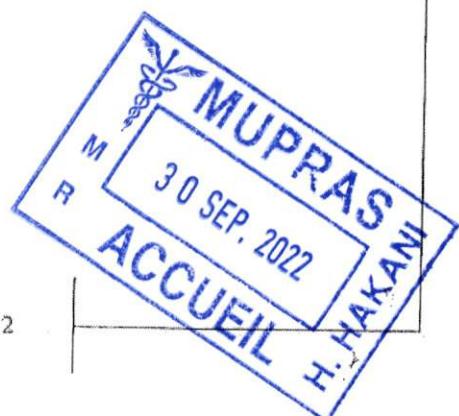
NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com



Tanger le : 07/11/2022

Facture 88/22

Nom et Prénom du patient : TAJ EDDINE Ouafa

Nombre de séance : 10

Prix de la séance : 150

Montant total : 1500

Montant total en toutes lettres : Mille cinq cents dirhams

signe

RANIA ZAIR
KINESITHERAPEUTE
5 Av Moussa Ben Noussair Etg 1-Tanger
TEL 0539 324 249 GSM 0676 155 424

(+212) . 0 539 324 249
(+212) . 0 676 155 424



contact@physiosport.ma
www.physiosport.ma



5 Rue Moussa Ibn Noussair. 1 er étage
En face de l'hôtel FLANDRIA





PhysioSport

Kinésithérapie & kinési-sportive

Date des séances de kinésithérapie

Nom/Prénom : Ouafa TAJ EDDINE

Nombre de séance : 10

NOMBRE	DATE
1	13/10/2022
2	17/10/2022
3	19/10/2022
4	21/10/2022
5	24/10/2022
6	26/10/2022
7	28/10/2022
8	02/11/2022
9	04/11/2022
10	07/11/2022

RANIA ZAIR
KINESITHERAPEUTE
5 AV Moussa Ben Noussair Elg 1-Tanger
TEL 0539 324 249 GSM 0676 155 424

(+212) . 0 539 324 249
(+212) . 0 676 155 424



contact@physiosport.ma
www.physiosport.ma



5 Rue Moussa Ibn Noussair. 1 er étage
En face de l'hôtel FLANDRIA

