

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 rapport 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.

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° W21-775035

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11683 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENBARK MIBARK

Date de naissance : 30-06-1973

Adresse : Imm 10 App 06 AL MADINET 2

Tél. : 0661984193

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/12/2022

Nom et prénom du malade : BENBARK MIBARK

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

Nature de la maladie : Affection Neurologique

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-775035

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
<p>EL MAKKAWI HAMZA EL MAKKAWI HAMZA Kinésithérapeute Masseur-kinésithérapeute Lot. NAJAH Imm. C. 1^{er} étage N°1 Deyour Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42</p>					260,00 DT

INPE:065044893

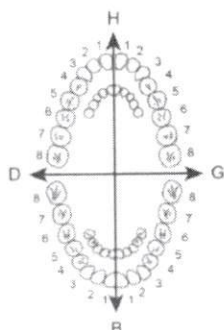
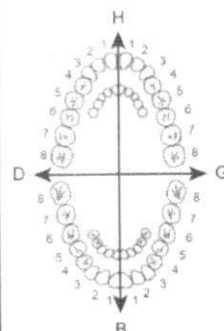
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 31/12/22

Docteur : BEN M'barek M'barek

Age : 49 ans

ATCDs : DT

HTA

Dyslip

AVCI thalamique dte
révélant par une douleur
HCG et dysesthésie

↳ Svp faire rééducation
motrice (20 séances)

Dr. Rim ANZIL
Neurologue
Neurologiques Cliniques (EEG - ENMG)
Tél : 05 22 82 11 11 (Lg) • Fax : 05 22 85 21 84
Email : dr.rim@neuroclinique.com • ICE : 001524581000009

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

الدروة، في : 30/11/2023... Deroua, le :

DEVIS N° 000276

Nom et Prénom : M^r Ben Hbarek Hbarek

la Somme de : deux Mille six cent dix francs

130 x 20 = 2600 francs

pour : 20 (vingt) Séances de : rééducation
matrice

Signature

EL MAKKAWI HAMZA

Massueur-kinésithérapeute

Lot. NAJAH Im. C, 1^{er} étage N° 1 Deroua

Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE

Kinésithérapie - Électrothérapie

Gymnastique Médicale

Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي

المعالجات الكهربائية

الرياضة الطبية - التدليك الطبي

الدروة، في : 14/03/2023 : Deroua, le :

FACTURE N° 102323

Nom et Prénom : M^r BEN H'barek H'barek

la Somme de : deux mille six cent dix-huit

2600,00 Dh

pour : 20 (vingt) Séances de : kinésithérapie

massage

Signature

EL MAKKAWI HAMZA

Masseur-kinésithérapeute

Lot. NAJAH Imh. C. 1er étage N° 1 Deroua

Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

تجزئة نجاح، عمارة C، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

مركز الترويض الطبي والعلاج الرياضي المكاوي
Centre de Kinésithérapie El Makkawi



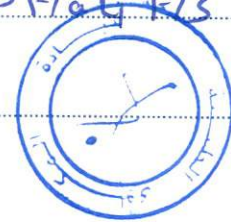
Nom : M^{re} BEN Hbarek

N° Ref : Hbarek

Nbre : 20 (vingt)

R.V. : 3 F / 10 F / 5

P.E.C. :



تجزئة نجاح، عمارة C، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua
Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42
E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com