

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 de 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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'Horlage 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 ...

N° W21-775035

CO

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 11683

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENIBARIK MIBARIK

Date de naissance : 30-06-1973

Adresse : IMM 10 N° 06 ALMNAO, N° 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 : BENIBARIK MIBARIK

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection de longue durée

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 : 1/1/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-775035

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
21/12/2022	Ca		6	INP : 0546304 mail: amzirrim@gmail.com tel: 06 22 10 00 00 Signature : Dr. M. A. ZIRRIM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
EL MARKAWI HAMZA Masseur-Kinésithérapeute Loc. NAJAH Imm. C. 1er étage N° 1 Dézouar Tél. 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42 Tél. 0522 51 46 - 0645 20 10 22	11/07/2023	1	1	0	0	2600,00 DH

INPE:065044893

VOLET ADHERENT

* 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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">00000000</td> <td style="width: 50%;">00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 31/12/22

Docteur : BEN M'bark M'bark

Age : 49 ans

ATCDs : DT

HTA

Dyslip

AVCI thalamique dté

révélant par une lésion

HCG et dysesthésie

↳ Svp faire rééducation

motrice

(20 séances)
Dr. Rim AMZIL
Neurologue
Physiologiques Cliniques (EEG, ENMG)

Tel: 05 22 82 11 47 (LG) • Fax: 05 22 85 21 84
Email: karimhouidi@neuroclinique.com • Site Web: www.neuroclinique.com • ICE: 001524581000009
~~email: amzil@outlook.com~~



Deroua, le : 30/01/2023... الدروة، في :

DEVIS N° 000276

Nom et Prénom : M^e Ben Hichem Sibarlek

la Somme de : 1000 Dhs

$$130 \times 20 = 2600$$

pour : 20 (ringt) Séances de : Rééducation
 musculaire

Signature

EL MAKKAWI HAMZA

Masso-kinésithérapeute

Lot. NAJAH Immt. 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

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبيعي

Deroua, le : ١٤١٠٣١.٢٠٢٣..... الدروة، في :

FACTURE № 002323

Nom et Prénom : M^r BEN M'hamed M'harek

la Somme de : deux mille six cent dirhams

..... ٢٠٠٦,٦٠٠DH

pour : séances de : kiné, éducateur
médecin

Signature

EL MAKKAWI HAMZA
Masseur-kinésithérapeute
Lot. NAJAH Imm. C, 1er étage N° 1 Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

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

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

Date	Heure
02/02/2023	10:00
06/02/2023	11:00
07/02/2023	12:00
09/02/2023	13:00
11/02/2023	14:00
13/02/2023	15:00
15/02/2023	16:00
16/02/2023	17:00
18/02/2023	18:00
20/02/2023	19:00
22/02/2023	20:00
24/02/2023	21:00
28/02/2023	22:00
03/03/2023	23:00
06/03/2023	24:00

مركز الترويض الطبي والعلاج الرياضي المكاوي
Centre de Kinésithérapie El Makkawi



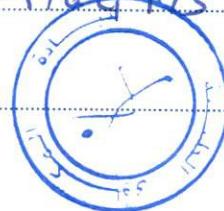
Nom : M^e B.GN Mbarek

N° Ref : M'barek

Nbre : 20 (ringt)

R.V. : 3 F/1st 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