

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-792185

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10440 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUARTI Fouzia

Date de naissance : 19/09/1969

Adresse : 49 Rue AL BACHASSAJ MAY CATHA

Tél. : 06 23 157432

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Bouchra KARAOU
Gynécologue - Obstétricienne
26, Bd. Omar EL Khayam - Beauséjour - Casa
Tél.: 0520 55 56 69 - 0656 21 65 11

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OUARTI Fouzia Age :

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

Nature de la maladie : Affection Gyneco

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 : 10/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

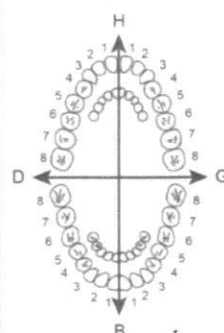
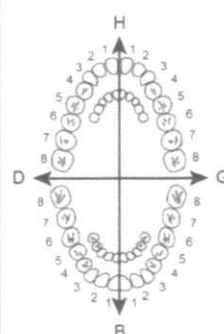
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03/04/23				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX							
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV		
LARAKI Nourimane Kinésithérapeute Tel.: 05.22.98.25.28	20/06/23	Facture					2000,00
							2000,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Laraki Nourimane

Kinésithérapeute

Bd. Ghandi, Rue Hmed El KADMIRI
N° 3 Riviera - Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 98 25 28 / 05 27 10 35 85
GSM : 06 79 58 97 93

العراقي نور الإيمان

أخصائية في العلاج الطبيعي والترويض الطبي

شارع غاندي، زنقة أحمد القديري
رقم 3 - ريفيرا - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 25 28 - 05 27 10 35 85
المحمول : 06 79 58 97 93

Facture

N: 0030

Casablanca : Le

, le 20/06/2023

DESCRIPTION	Nombre de séances	Prix par séance	TOTAL
Fouzia Ouarti	10	200.00	2000 DH

Ce document est délivrée à la demande de l'intéressé, pour servir et valoir ce que de droit.

Signature


ICE: 001675907000041 IF: 42204290

LARAKI Nourimane
Kinésithérapeute
Tél: 05.21.98.25.28

Calendrier des soins

	Date	Prix
1	20/04/2023	200.00 DH
2	24/04/2023	200.00 DH
3	26/04/2023	200.00 DH
4	28/04/2023	200.00 DH
5	02/05/2023	200.00 DH
6	04/05/2023	200.00 DH
7	08/05/2023	200.00 DH
8	10/05/2023	200.00 DH
9	12/05/2023	200.00 DH
10	15/05/2023	200.00 DH
Total		2000 DH


LARAKI Nourimane
Kinésithérapeute Physiothérapeute
Tél.: 05.22.98.25.28


Kinésithérapeute Physiothérapeute
Tél.: 05.22.98.25.28



Dr. Bouchra Karaoui
Gynécologue-obstétricienne

Gynécologue - obstétricienne

Diplômé de la faculté de médecine de Paris
Ex attaché et interne des hôpitaux de Paris

إختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة ملحقة و طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Stérilité du couple - accouchement

Chirurgie gynécologique - coeliochirurgie

Maladie du sein - Echographie

عقم الزوجين - الولادة

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

ORDONNANCE

03/04/23

M. OMAR EL KHAYAM

Jeune 10 Semaines de Réeduction
Pelvi-perineale

Dr. Bouchra KARAOU
Gynécologue - Obstétricienne
26, Bd. Omar EL Khayam - Beauséjour - Cas
Tél.: 0520 55 56 69 - 0656 21 65 11



26, Bd Omar El khayam, Résidence AMIR,
1er étage-Beauséjour- Casablanca



26 ، شارع عمر الخيام ، إقامة أمير
الطابق الأول ، بوسيجور الدار البيضاء







06 56 21 65 11



05 20 55 56 69

En cas d'urgence Contacter
clinique les papillons au:

05 22 98 30 35 / 05 22 98 21 20

N° Dossier: 156641 
N° Dossier externe: ACC-10440-07/04/2023
Type de dossier: REEDUCATION ▼
Bénéficiaire: OUARTI FOUZIA
Situation: En attente ▼
Sous-situation: --- ▼
Date de début: 07-04-2023 
Date de fin: 07-04-2023 
Date de saisie: 07-04-2023
Évènement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
10-04-2023	Manuel	PC
11-04-2023	Manuel	informé par email
19-04-2023	Manuel	OK PEC 10 SEANCES DE KINE PERINEALE POUR PROLAPSUS GENITAL