

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'El 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
M23+007909

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04802 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOUAIBI MOSTAFA
 Date de naissance : 21/03/1959
 Adresse : Abituelle
 Tél. : 0648499371 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 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 : Casablanca Le : 04/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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

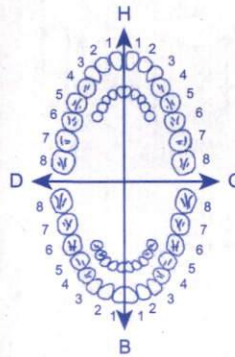
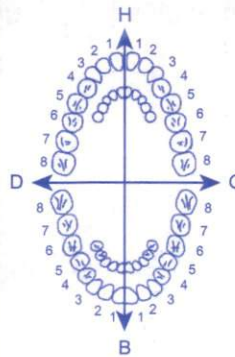
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						15 x 100
						1500.00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Asmaa WATIK

Spécialiste en Rhumatologie

Rhumatismes Articulaires, Ostéoporose, maladies de L'Os, des Muscles, des Tendons et de la Colonne vertébrale

Ancienne Interne et ex-Rhumatologue au
CHU Ibn Rochd de Casablanca
Ex-Rhumatologue au CHU Erasme de
Bruxelles-Belgique

- Diplôme Universitaires de maîtrise de la prise en charge des douleurs
- Diplôme Universitaires de maîtrise de l'échographie ostéo-articulaire.
- kinésithérapie ostéo-articulaire et du Sport



الدكتورة وثيق أسماء

أخصائية في علاج أمراض الروماتيزم و العظام و المفاصل و هشاشة العظام و العضلات و الأوتار و العمود الفقري

طبيبة داخلية و أخصائية سابقا بالمستشفى الجامعي
إبن رشد الدار البيضاء

أخصائية سابقا بالمستشفى الجامعي
إبرازم - بيروكسيل - بلجيكا

- العلاج بالأدوية الميولوجية البلازما
- حاصلة على دبلوم جامعي في علاج الألام
- حاصلة على دبلوم جامعي في فحص المفاصل و الأوتار و العضلات بالصدى (الإيكوغرافيا)
- الترويض الطبي و الرياضي

Casablanca Le : 08/106/23

M — SEMTAL KNADIJA.

Age 56 ans

Scapulothoracique Dextre sur pinceau

8 cm de front, Confirmé radiologiquement

→ Faire sur 15 séances

de kiné de l'épaule Dextre

Physio + Etire (3 semaines)

Reforcement musculaire

Dr. ASMAA WATIK
Spécialiste en Rhumatologie
Echographie - Kinésithérapie



شارع محمد الزفزافي، إقامة يحيى، الطابق 1، رقم 3، سيدي مومن، الفسيفساء (أمام محطة الملائكة) 05 22 71 89 30

Bd Mohamed Zafzaf, Résidence YAHYA, 1^{er} étage, N°3 - Sidi Mومن - Attachrok cabinetdrwatik@gmail.com

Site Web : asmaawatik.wixsite.com/docteur

CABINET FATH DE KINESITHERAPIE

FATIH ZAKARIA

KINESITERAPEUTE -PHYSIOTHERAPEUTE

Rééducation Réadaptation Fonctionnelle

Rééducation Périnéale

Kinésithérapie Respiratoire

Drainage Lymphatique

Gymnastique Médicale

Casablanca le : 28-07-2023

Facture N° : 58/23

Nom et Prénom : Khadija Sental

Diagnostic : scapuloalgie

Pour : 15 séances de rééducation fonctionnelle

Sur ordonnance du Dr : Asmaa Watik

Soit : 15 Séances X : 100 Dhs : 1500,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Cinq Cents Dirhams

FATIH KINESITERAPEUTE
Kinesitherapeute - Physiotherapeute
Membre de l'Ordre des Kinesitherapeutes Marocains
Général de l'Ordre des Kinesitherapeutes Marocains
Général de l'Ordre des Kinesitherapeutes Marocains
Tél: 05 22 71 11 88

مركز الترويض الطبي و تخسيس الوزن
CENTRE DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

ZAKARIA FATIH

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômé de HEK

CASABLANCA, LE 28 / 07 / 2023 : الدار البيضاء في

CALANDRIER DES SEANCES

11 séances 19-06-2023
21 " 21-06-2023
31 " 23-06-2023
41 " 26-06-2023
51 " 28-06-2023
61 " 06-07-2023
71 " 08-07-2023
81 " 10-07-2023

91 séances 12-07-2023
101 " 16-07-2023
111 " 17-07-2023
121 " 19-07-2023
131 " 21-07-2023
141 " 24-07-2023
151 " 28-07-2023

Signature:

GSM: 06 98 97 44 80

RC: 426995 -TP: 33001033 -ICE: 00223324000060

FATIH KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapeute
Attestation de formation
Gsm: 06 98 97 44 80 Tel: 05 22 71 11 88