

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° W21-789864

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7139 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LYAZIAT SALWA

Date de naissance :

Adresse : Mère adresse

Tél. : 0661294550

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NEJJAT Jamal Eddine

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

Nature de la maladie :

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 procédure relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 02/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-789864

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

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
03/06/23	Psychoéducation			INP: 1001162468

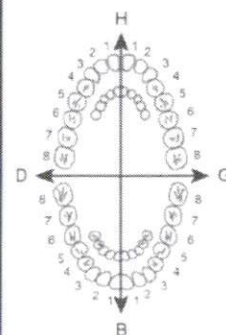
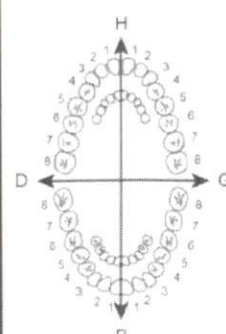
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	
	du 05/06/23					12 séances de rééducation du rachis 12 x 350 = 4 200,00 DH
	du					
	03/07/23					

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 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																	
	[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																



مركز أمراض وجراحة العظام والمفاصل الرياض
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE RIAD

الدكتور عثمان الكتاني
اختصاصي في أمراض وجراحة
العظام والمفاصل

Dr. Othmane KETTANI
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE
TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

03/06/2023

NEJJAI Jamal Eddine

Faire SVP :

12 séances rééducation rachis cervico- dorsal

Dc : NCB droite minime sur rectitude +
contracture

Physiothérapie + récupération des amplitudes
articulaires + renforcement musculaire + travail
postural

Diplômé de la Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat
Ancien interne du CHU IBN SINA - Rabat
Ancien interne du CHU HENRI MONDOR - Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Diplôme d'Arthroscopie Chirurgicale - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat
Diplôme de Chirurgie du Pied - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat
Diplôme Inters Universitaire de Médecine du Sport - Faculté de Médecine - Université Denis DIDEROT - Paris

خريج كلية الطب والتبعية لجامعة محمد الخامس - الرباط
طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي ابن سينا - الرباط
طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي هنري مونودور - باريس
حاصل على شهادة تحضير المفاصل الجراحية بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط
حاصل على شهادة جراحة الأرجل بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط
حاصل على شهادة أطب الرياضي بكلية الطب دوتيس ديجرو - باريس

Dr. Othmane KETTANI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
3, Rue Hab Mlouk, Imm. Assafae
Appt. 2, Secteur 9, Hay Riad - Rabat
Tél: 05 37 71 09 99
ICE: 00 165822900011

3, rue Hab Mlouk, imm. Assafae, appt. 2, secteur 9 - Hay Riad - Rabat (en face de la porte bleue de Mahaj Riad)

Tél-Fax : 0537-710999 - Portable : 0661201092 - Email : drkettaniiothmane@gmail.com

INPE: 101 167 468 - ICE: 00 1658229000010 - CNSS: 414 4804 - TP: 255 70501

KINESITHERAPEUTE & PHYSIOTHERAPEUTE

Téléphone : 06 78 12 81 77

LE 03/07/2023

A L'ATTENTION DE :
M. Nejdi Jamal Eddine

Soins de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle

La présente facture est arrêtée à la somme de quatre mille deux cent dirhams.

ICE : 001987633000032

ns.

Ali TRIQUI
Kinesithérapeute & Massothérapeute
Email: contact@alitriqui.com
Web: www.alitriqui.com
Tél: 06 78 12 81 71



مركز طبي للفحص بالأشعة فثم

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH

IRM

SCANNER • RADIOLOGIE GENERALE • ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE
PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE • CONE BEAM • OSTEODENSITOMETRIE

Rabat, le 24/05/2023

Nom: Mr NEJJAÏ

Prénom: JAMAL

Examen Réalisé: Rachis Cervicale (FP)..

COMPTE RENDU

- 85/21
- Attitude scoliotique cervicale.
 - Inversion de la lordose physiologique sur le plan sagittal centrée sur C5-C6.
 - Cervicarthrose étagée.
 - Pincement discal C6-C7.

LOAMED SERVICE SARL
MATERIEL MEDICAL
Vente aux particuliers (M2001)
Non valide pour toute autre transaction
ANGLE AV. MAB VI ET AV. EL HAOUZ - RABAT
TEL: 0537 68 27 78 / 05 37 68 27 79

Dr Abdelaziz BENSOUDA K.

Dr. Abdelaziz BENSOUDA KORAICHI
MEDECIN RADIOLOGUE
2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 68 17 70
INP: 101029015