

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0015873

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 973A Société : RSM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FASSIL NAÏMA Date de naissance :

Adresse : Bab Fekh

Tél : 0522912120 Total des frais engagés : 2850 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/2023

Nom et prénom du malade : FASSIL NAÏMA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : FASSIL NAÏMA

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 : 28/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
26/05/23	G		G	

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	
	05/06/2023					Dents
						170 x 15
						Total
						2550.000

facture pour 15 séances

le 23/08/23

15 x 170 = 2550 DH
Total

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
	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														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

26/05/2023

Facture N° 3580/23

Mme FASSIL NAIMA

Consultation

gratuite

Radiographie

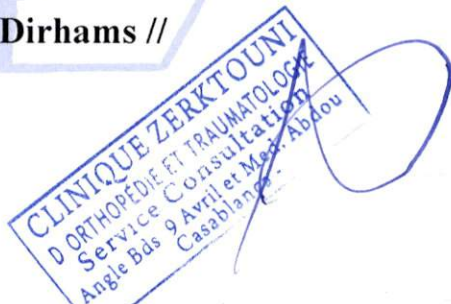
300DH

Total

300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

//trois cents Dirhams //





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

22/05/2023

Mme FASSIL NAIMA

Incidence :

- Cheville gauche de face+profil

Compte rendu radiologique :

Ph. en 2 vues

Dr. Mounsi BIROUK
Chirurgies Orthopédiques
Clinique Zerkouni (C) Casablanca
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 26/05/27

M. FASSIL NAIMA

Fracture de la nuque
est à la suite
sans
aucun
de suite à la
suite

Dr. Mounsi BIROUK
Chirurgies Orthopédiques
Clinique Zerkouni (C) Casablanca
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou



Cabinet BOUAYYAD Oubay

Kinésithérapeute diplômé d'état à la faculté d'Aix-Marseille

Diplôme de kinésithérapie du sport à Tournai Belgique

Physiothérapie - Rééducation fonctionnelle - Rééducation vertébrale - Thérapie manuelle

Traumatologie - Rhumatologie - Neurologie - Préparation physique - Reprise du sport

Nutrition du sportif

Casablanca le: 23/08/2023

☐ Devis pour entente préalable

☒ Facture n° 043/023

AT n° :

Date de l'AT :

Nom et prénom du patient : M^{me} Fasil Nauma

Assurance / mutuelle : M.U.P.R.A.S.

Date de la prescription : 26/05/2023

Médecin traitant : Dr. Moussif - Bureau

Pathologie :

Calendrier des séances

1	19/06/2023	11	26/07/2023	21	
2	21/06/2023	12	01/08/2023	22	
3	23/06/2023	13	04/08/2023	23	
4	26/06/2023	14	08/08/2023	24	
5	28/06/2023	15	11/08/2023	25	
6	30/06/2023	16		26	
7	04/07/2023	17		27	
8	07/07/2023	18		28	
9	12/07/2023	19		29	
10	18/07/2023	20		30	

Nombre des séances	Tarif unitaire hors TVA	Montant global hors TVA
15 séances	170 DA	2550 DA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille cinq cent cinquante DA

Cachet et signature:

Bouayyad Oubay
Kinésithérapeute
20, Rue Abou Omar Al Harit 2 Mars
Tél: 022 82 94 38 - Casablanca

20, rue Abou Omar el Harit (ex Oslo) Rés. El Fadila 2 Mars - Casablanca

Icc: 001934417000003 - IF: 44412680 - Patente: 34457321 - CNSS: 6882212 - Tél.: 05 22 82 94 38



Cabinet BOUAYYAD Oubay

Kinésithérapeute diplômé d'état à la faculté d'Aix-Marseille

Diplôme de kinésithérapie du sport à Tournai Belgique

Physiothérapie - Rééducation fonctionnelle - Rééducation vertébrale - Thérapie manuelle

Traumatologie - Rhumatologie - Neurologie - Préparation physique - Reprise du sport

Nutrition du sportif

Casablanca le: 05/06/2023

☒ Devis pour entente préalable

☐ Facture n°

AT n° :

Date de l'AT :

Nom et prénom du patient : M^{me} Famil - Naima

Assurance / mutuelle : MUPRAS

Date de la prescription : 26/05/2023

Médecin traitant : Dr. Maunisi - Lincenk

Pathologie :

Calendrier des séances

1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30

Nombre des séances	Tarif unitaire hors TVA	Montant global hors TVA
15 séances	170 DA	2550 DAS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille cinq cents
cinquantes dirhams

Cachet et signature:

BOUAYYAD OUBAY
Kinésithérapeute
Rue Abou Omar el Harit 2 Mars
Tél. 022 82 94 38 - Casabl

20, rue Abou Omar el Harit (ex Oslo) Rés. El Fadila 2 Mars - Casablanca

Ice: 001934417000003 - IF: 44412680 - Patente: 34457321 - CNSS: 6882212 - Tél.: 05 22 82 94 38

FASSIL NAIMA

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Envoyé: jeudi 15 juin 2023 13:23
À: FASSIL NAIMA
Objet: RE: Complément d'information MLE 9731

Bonjour ,

Vous avez un accord de 15 séances, merci de trouver ci-dessous copie de votre accord

N° Dossier: 165119 📁
N° Dossier externe: PEC-09731-14/06/2023
Type de dossier: REEDUCATION ▼
Bénéficiaire: FASSIL NAIMA
Situation: En attente ▼
Sous-situation: --- ▼
Date de début: 14-06-2023 📅
Date de fin: 📅
Date de saisie: 14-06-2023
Événement: 🔍

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
14-06-2023	Manuel	C ET C Demandés par mail.
14-06-2023	Manuel	informer par appel
14-06-2023	Manuel	OK 15 S



Service Prise en charge

📞 Fixe : +212 522 204 545 LG

✉️ pec@mupras.com

🌐 www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siège Social : Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle rue Allal Benabdellah et rue Mohammed
Fakir 6^{ème} étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contacte@mupras.com

📺 📢 📱 /MUPRASRAM

De : FASSIL NAIMA <NFASSIL@RoyalAirMaroc.com>

Envoyé : jeudi 15 juin 2023 12:26:05

À : PRISE EN CHARGE

Objet : RE: Complément d'information MLE 9731

Bonjour,

Prière de trouver ci-joint une déclaration sur l'honneur.

Bonne réception

NFASSIL

De : PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>

Envoyé : jeudi 15 juin 2023 12:05

À : FASSIL NAIMA <NFASSIL@RoyalAirMaroc.com>

Objet : Complément d'information

Bonjour

Pour donner suite à votre demande d'accord préalable, prière de nous envoyer causes et circonstances.

CORDIALEMENT.



Service Prise en charge



Fixe : +212 522 204 545 LG



pec@mupras.com



www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siège Social : Centre d'affaire Aïtal Ben Abdellah, 49, Angle rue Aïtal Benabdellah et rue Mohammed
Fakir 6^{ème} étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contacte@mupras.com



/MUPRASRAM


DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 26/05/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 9731	E-mail : <i>naime.famil.leguel</i> Phones : 0667805642
Nom et Prénom de l'adhérent : FASSIL NAÏMA	
Nom et Prénom du bénéficiaire : FASSIL NAÏMA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif) ...	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
<i>Question de la melle verte +</i> <i>Caricature pour la 1ère fois</i> <i>+ 100% de réduction de la note</i>	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.