

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 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-827975

144516

C

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 5903

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Zeghari Nadia

Date de naissance :

19.01.58

Adresse :

1 rue oued pl. Makhazine Res għiex Aptu
Rabat

Tél. : 06.61.67.03.11

Total des frais engagés : 3300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. KENZA BERRADA KHEZRIJA
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél. 05 37 77 05 24 GSM - 0661 45 55 79

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/2025

Nom et prénom du malade :

Zeghari Nadia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cervicg / scolion

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 : Rabat

Le : 06/10/2025

Signature de l'adhérent(e) :

Zeghari Nadia

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-827975

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
06/12/2013	S		30000	INP : 1077658841 Dr. KENZA B. TRADIC RHUMATOLOGUE Appt. 9, Aeon, 12, Angle Av. Abtal Quelz Al, Agdal - Rabat Télé : 0524 45 55 79

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ABRAHAM KINÉ-SANTE SISTER: PEUTE AL Hour D9 Hay Ryad Tel: 037 56 44 33 Fax: 037 56 11 22	15/12/2014 au de reéducation cervicodorsal cervicathex	15 Soins	15 x 200 DA			= 3.000 DA

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

INP :	_____
COEFFICIENT DES TRAVAUX	_____
MONTANTS DES SOINS	_____
DEBUT D'EXECUTION	_____
FIN D'EXECUTION	_____
COEFFICIENT DES TRAVAUX	_____
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

Dr. Kenza BERRADA RHZIOUAL

Spécialiste en Rhumatologie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplômée en échographie Ostéo-articulaire - Grenoble

Ancien médecin à l'hôpital El Ayachi - Salé

Podologie et ostéopathie



الدكتورة كنزة بerrada غزير

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل واللواتر - غرونوبيل

طبيبة سابقة في مستشفى العاشر بسلا

علاج الأرجل - تقويم العظام

Nom et prénom : Nadia ZEGHARI

Faire pratiquer svp 15 séances de rééducation cervico-dorsal et scapulaire pour cervicarthrose avec raideur ++ sur scoliose dorsale +++

- Massage décontracturant transverse et physiothérapie antalgique trapézo-cervicale.
- Renforcement musculaire par contractions isométriques contre résistance, en infra-douloureux.
- Travail de la posture
- Travail des extenseurs du rachis
- Travail du couplage occulo-cervicale
- Mesures d'hygiène et apprentissage d'un autoprogramme.

*Malah ADRAA "Kiné-Santé"
KINESITHERAPEUTE
Sect. 17, Av. Al Hour D9 Hay Ryad
Rabat - Tél: 037 56 44 33*

2 à 3 séances par semaine

Dr BERRADA RHZIOUAL Kenza

*Dr. KENZA BERRADA RHZIOUAL
RHUMATOLOGISTE
Appt. 9, Immeuble 2, Avenue Al Abtal
Rue Oued Zed, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 05 24 - 05 37 77 05 74 - 05 37 77 05 79*

إقامة ابن البشir رقم 12، شقة رقم 9 - زاوية شارع الابطال وزنقة وادزيز، أكدال - الرباط

Résidence bel bachir N° 12 Appt N° 9- Angle Avenue Al Abtal et Rue Ouedziz - Agdal - Rabat

Tél : +212 5 37 77 05 24- E-mail : Dr.Berrada@outlook.com ICE : 00170683700004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850



Kiné - Santé - Malah
Centre d'hydrothérapie

Rabat le 8/12/2023

Devis

Devis pour 15 Séances de rééducation cervico
dorsal pour cervicarthrose au profit de M^{me} Nadija
Zeghani adressée par Dr Nenja Benabderrahmane

Régional

600 DH x 15 = 3000 DH

Améte le présent devis à 30000 dinars
mille dinars

Abdullah ADRAH "Kiné-Santé"
KINESITHERAPEUTE
Sect. 17, Av. Al Hour D9 Hay Ryad
Rabat - Tel: 037 56 44 33

INPE 00106596

IF: 35398030 / ICE: 001548742000084

Secteur 17, Avenue Al Hour D9 - Hay Ryad - Rabat - Tél / Fax : 05 37 56 44 33 - GSM : 06 61 55 72 69
Patente : 255664279 - R.C. : 77 626 - C.N.S.S. : 6781191



Kiné - Santé - Malah
Centre d'hydrothérapie

Rabat le: 15/01/2024

Facture

Facture pour 15 Séances de rééducation
cervico dorsal pour cervicarthrose au profit de
mme Nadia Zeghroui adhérente par M. Kenza Benabdala

Rhiziale

$$200^{\text{DH}} \times 15 = 3000^{\text{DH}}$$

Remettre la présente facture à la Dame de
mais mille dirhams

calendrier pour 15 Séances =


KINÉSITHERAPEUTE
Sect. 17, Av Al Hour D9 Hay Ryad
Rabat - Tél: 037 56 44 33

IN PFOU106596

IF: 35398030 / ICE: 001548742000084

Secteur 17, Avenue Al Hour D9 - Hay Ryad - Rabat - Tél / Fax : 05 37 56 44 33 - GSM : 06 61 55 72 69

Patente : 255664279 - R.C. : 77 626 - C.N.S.S. : 6781191

- 1 - 17/12/2023
- 2 - 18/12/2023
- 3 - 20/12/2023
- 4 - 22/12/2023
- 5 - 25/12/2023
- 6 - 27/12/2023
- 7 - 29/12/2023
- 8 - 02/01/2024
- 9 - 04/01/2024
- 10 - 06/01/2024

- 11 - 10/01/2024
- 12 - 12/01/2024
- 13 - 15/01/2024
- 14 - 17/01/2024
- 15 - 19/01/2024

Malah ADRAA" Kiné-Santé "KINESITHERAPIE
Sect. 17, Av. Al Haur D9 Hay Ryad
Rabat - Tel: 037 56 44 33



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 08/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5903 e-mail : zeghari.nadia@hotmai... Phones : 06.61.17.0311
 Nom et Prénom de l'adhérent : Zeghari Nadia
 Nom et Prénom du bénéficiaire : Zeghari Nadia

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ZEGHARI Nadia

Nécessite TS étiologie de Kine

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Kinéthérapie Rx 0.15 (75)

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) :

Laryng. / Sotolon

Cachet, date et signature du praticien

DR. KENZA BERRADA RHEUMATOLOGUE
RUE QUED ZIZ, AGDAL - RABAT
TÉL. 05 37 11 05 24 GSM: 0661 15 55 79

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.

De: nadia zeghari zegharinadia@hotmail.fr 
Objet: Fwd: demande accord rééducation
Date: 5 février 2024 à 20:35
À: bachberr57 bachberr57@gmail.com

NZ

Envoyé à partir de Outlook pour Android

From: nadia zeghari <zegharinadia@hotmail.fr>
Sent: Tuesday, December 12, 2023 12:26:00 PM
To: bachberr57 <bachberr57@gmail.com>
Subject: Fwd: demande accord rééducation

Envoyé à partir de Outlook pour Android

From: pec_mup@mupras.com <pec_mup@mupras.com>
Sent: Tuesday, December 12, 2023 12:24:33 PM
To: zegharinadia@hotmail.fr <zegharinadia@hotmail.fr>
Subject: demande accord rééducation

Bonjour , nous vous informons que votre demande accord rééducation est accordé pour 15 séance .

merci

 **MUPRAS**
Mutuelle de Prévoyance
& d' Actions Sociales
de Royal Air Maroc

 ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification
115500 13

Service Prise en charge

 **Fixe :** +212 522 204 545 LG

 **pec@mupras.com**

 **www.mupras.com**

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siege 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