

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'I
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

M23-013621

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1700 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENJEMRA HASSAN
Date de naissance : 20/06/1956
Adresse : 24 HAJ FATH S OULFA CASABLANCA
Tél. : 0664 162105 Total des frais engagés : 1700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2023
Nom et prénom du malade : M. BENJEMRA HAFIDA Age : 65
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MALADIE RHUMATOLOGIQUE
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 : 13/02/2024
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
15.11.2023		C	G	Dr JAWHAR EL MANSOURI 545 Lot Hajj Hassan - Casablanca INPE 091266254 - Tel: 06 48 64 03 83

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	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
CENTRE DE KINESITHERAPIE L'EXCELLENCE sari KINESITHERAPEUTE 205 Lot Al Khozama Mag N°2 Lissasfa Casablanca - Tél: 06 62 15 20 48 06 22 81 31 41	IC IM IV	15 x 120 = 1800 dh

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 canalaires, 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

N° Dossier:

190016

N° Dossier externe:

ACC-01700-10/01/2024

Type de dossier:

REEDUCATION

Bénéficiaire:

BENJEMRA HAFIDA

Situation:

En attente

Sous-situation:

Date de début:

10-01-2024

Date de fin:

10-01-2024

Date de saisie:

10-01-2024

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
10-01-2024	Manuel	OK PEC 15 SEANCES KINÉ POUR GONARTHROSE BILATERALE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vertébrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



- أخصائية في أمراض العظام والمفاصل و العمود الفقري
- أمراض الروماتيزم (باريس)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بمصلحة أمراض العظام والمفاصل بمستشفى ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca le : 15.11.2023

M. Benjenna Hafida

Rééducation des genoux

(Gonarthrose bilatérale)

- Physiothérapie adaptée
- Marche pour Gonarthrose
- Renforcement de Quadriceps

- Otorener des ischio pubien.

39/ seu

155-0

Dr JAWHARI Lamiae
Rhumatologue

545 Lot 141, 1^{er} et 2^{ème} Bd Oued Bouazza, Apt 09
Oujda - May Hassam - Casablanca
INPE 001246264 - Tél: 06 48 64 03 83

CENTRE DE KINESITHERAPIE L'EXELENCE sarl
KINESITHERAPEUTE
205 Lot 141 Khezama Mag N°2 Hassasfa
Casablanca - Tél: 06 62 15 20 48
06 22 81 31 41



Casablanca le : 26.12.23

DEVIS N°

Devis pour.....15..... Séances de ..Rééducation de genou.....
au profil de M^{me} Benjemna Hafida....., au prix de ..120.....Dhs
Par séance c'est-à-dire :

..120.....X.....15.....=..1800dhs.....

Arrêtée le présent devis a la somme de ..mille huit cent dirhams.....
.....

CENTRE DE KINESITHERAPIE L'EXCELLENCE sarl
KINESITHERAPEUTE
205 Lot Al Khozama Mag N°2 Lissasfa
Casablanca - Tél: 06 62 15 20 48
06 22 81 31 41



ICE : 002731044000048

Casablanca le : 12. 2. 2024

FACTURE N°

Facture pour.....15..... Séances de ..éducation du genou.....
au profil de H^{me} Benjemna HaFida....., au prix de ...120.....Dhs
Par séance c'est-à-dire :

.....120.....X.....15.....=.....1800 dhs.....

Arrêtée la présente facture a la somme de...mille huit cent dix-huit.....
.....

CENTRE DE KINESITHERAPIE L'EXCELLENCE sml
~~KINESITHERAPEUTE~~
205 Lot Alkhozama Mag N°2 Lissasfa
Casablanca - Tél: 06 62 15 20 48
06 22 81 31 41

Le 7/2/2024

à 16 H 00

Le 9/2/2024

à 16 H 00

Le 12 / 2 / 2024

à 16 H00

Le

 \dot{a} H

Le

 \dot{a} H

Le

 \dot{a} H

Le

 \dot{a} H

Le

 $\dot{a} \quad H$

Le

à _____ H

Le

 \dot{a} H

Le

 \dot{a} H

Le

 \dot{a} H



CARTE RENDEZ-VOUS

Nom : H. Bengemna

Prénom : Hafida

Type de soin : Kine'

CENTRE DE KINESITHERAPIE L'EXELENCE sarl
KINESITHERAPEUTE
205 Lot Al Khozama Mag N°2 Lissasfa
Casablanca - Tél: 06 62 15 20 48
06 22 81 31 41

📍 205, Lot. Al Khozama Lissasfa
Magasin N°2 - Casablanca

☎ 05 20 39 27 28 📠 07 74 77 68 58

✉ kineexcellence@gmail.com

📷 [/kineexcellence](https://www.instagram.com/kineexcellence)

📘 [/Kine Excellence](https://www.facebook.com/KineExcellence)

Le 10/1/2024	à 16'	H 00
Le 12/1/2024	à 16	H 00
Le 15/1/2024	à 16	H 00
Le 17/1/2024	à 16	H 00
Le 19/1/2024	à 16	H 00
Le 22/1/2024	à 16	H 00
Le 24/1/2024	à 16	H 00
Le 26/1/2024	à 16	H 00
Le 29/1/2024	à 16	H 00
Le 31/1/2024	à 16	H 00
Le 2/2/2024	à 16	H 00
Le 5/2/2024	à 16	H 00



CARTE RENDEZ-VOUS

Nom : M. Bengamra

Prénom : Hafida

Type de soin : Kime'

CENTRE DE KINESITHERAPIE L'EXCELLENCE sarl
KINESITHERAPEUTE
205 Lot Al Khozama Mag N°2 Lissasfa
Casablanca - Tél: 06 62 15 20 48

📍 205, Lot. Al Khozama Lissasfa
Magasin N°2 - Casablanca

☎ 05 20 39 27 28 📠 07 74 77 68 58

✉ **06 22 81 31 41**
kineexcellence@gmail.com

📷 /kineexcellence

📘 /Kine Excellence