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'I Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Déclaration de Maladie

M23-014206 pq conso

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société : 196204

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OULAL HALIMA

Date de naissance : 13/03/1953

Adresse : 2 Bis rue NAHDA Oujda

Tél. : 0665075016 Total des frais engagés : .... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr Noureddine OULALI NEUROCHIRURGIEN Professeur Agrégé INP : 141147421

MUPRAS ACCUEIL A. AARIZA 22 FEV. 2024

Date de consultation : 21 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : .... Age :

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

Nature de la maladie : Lombosciatique

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 : Oujda Le : 13 / 02 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

[redacted]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/12/23	C's			

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 Cœfficients	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 22.12.23 au 17.01.24					1560 dhs

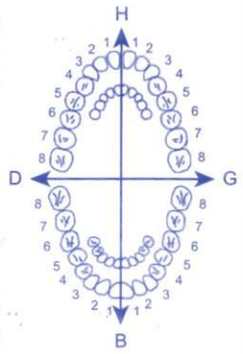
RENOUDA FARAH
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
Lot iris, R.A serrak, rue ouad massa 48
Tél : 06 05 70 10 49 - OUJDA
INPE : 025053679

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient

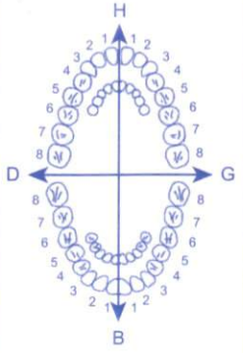
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

D — G

B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT 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

CENTRE
BENOUDA
Kinésithérapie - Physiothérapie
Amincissement

مركز
بنعودة
ترويض طبي - علاج فزيائي
تنحيف الجسم

Facture

Date : 12.02.2024

Nom et Prénom : Oulal Halima

Diagnostic : Lombo-Sciatalgie

Nombre des séances	Honoraire unitaire en DH	Total en DH
12	130DH	1560DH

Arréter la présente facture à la somme de Mille cinq cent soixante dirhams

BENOUDA FARAH
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
Lot iris, R.A Serrak, rue ouad massa 48
Tél : 06 05 70 70 49 - OUJDA
INPE : 025053679

CENTRE BENOUDA
Kinésithérapie - Physiothérapie
Amincissement

مركز بنعودة
ترويض طبي - علاج فزيائي
تنحيف الجسم

Calendrier

Nom et prénom : Oulal Halima

Diagnostic : Lombosciatalgie

N° de Tél : 06 65 07 50 16.

Date	Heure	P/N
16-01-2024	17h	130 dhs
20-01-2024	"	"
22-01-2024	"	"
24-01-2024	"	"
26-01-2024	"	"
29-01-2024	"	"
31-01-2024	"	"
02-02-2024	"	"
05-02-2024 07-02-2024	"	"
09-02-2024 12-02-2024	"	"

BENOUDA FARAH
Kinésithérapeute-Physiotherapeute
Lot Iris, R.A serrat, rue ouad massa 48
Tél : 06 05 70 70 49 - OUJDA
INPE : 025053679

PROFESSEUR OULALI NOUREDDINE

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Spécialiste en chirurgie Cranienne et Rachidienne

Spécialiste de la Douleur

البروفيسور والعالي نور الدين

أستاذ بكلية الطب والصيدلة

إختصاصي جراحة الدماغ والعمود الفقري

إختصاصي في الألم

14114742

Le : 21/12/23

Mme HALIMA OULAL.

Cher Confrère

Atte suivi pour lombosciatique

quand un kinésithérapie

lombaire à 20 S

BENOUDA FARAH
Kinésithérapeute-Physiotherapeute
Lot iris, R.A serraj, rue ouad massa 48
Tél : 06 05 70 70 49 - OUJDA
INPE : 025053679

مصحة الشرق
CLINIQUE ACHARK
6, Rue Sâad Zaghloul - OUJDA
Tél: 0536 68 ... / 0536 68 56 56
Fax ... 70 47 48
INPE ... 0802066

Pr Noureddine OULALI
NEUROCHIRURGIEN
Professeur Agrégé
INP : 1411474?21

Votre prochain rendez-vous le :

noureddine_oulali@yahoo.fr RDV : 07 67 16 68 28 - URG : 06 61 63 89 12

المواعيد المستعجلات