

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.

Diagnostique 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

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

ACC KINI
24689

Déclaration de Maladie : N° P19-0017354

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2946 Société : R-A-M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAANI MOHAMMED Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : HAY LAALOU RUE 16 N° 06 CD CASA

Tél. : 06 62 02 66 90 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2020

Nom et prénom du malade : Saadia chaf Ep Maani Age :

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

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/03/2020	Catégorie	Cratut		

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

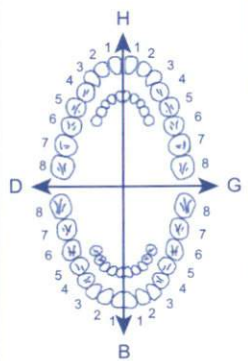
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11-03-2020	X				120.000dh x 10 1200.000dh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

0522525385-0620824555

- ✚ Neurologie
- ✚ Traumatologie
- ✚ Rhumatologie
- ✚ Gynécologie
- ✚ Pédiatrie
- ✚ Kinésithérapie Respiratoire
- ✚ Drainage lymphatique
- ✚ Rééducation vestibulaire
- ✚ Kiné périnéal
- ✚ Amincissement

DEVIS

Devis N° :51

Nom de patient : Mme CHAIF SAADIA EP. MAANI

Date:/CASABLANCA le : 11/03/2010

Nom de médecin traitant : Dr EL OUADIH MERYEM

Diagnostic	Nombre des séances	Dates	Prix unitaire	Prix total
AMMG+ IR	10	11/03/2010	120.00 D H	1200.00DH

Signé :

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE A IKA
Aicha Ofkir
Rés Assakane Al Anik, Bd El Qods
Imm 404 Appartement N° 12, 2ème étage
Tél : 05 22 52 35 85

Dr. EL Ouadi Meryem

Rhumatologue

Rhumatismes inflammatoires

Arthrose, tendons

Colonne vertébrale

Ostéoporose

Biothérapie

Échographie ostéoarticulaire

Ostéopathie et médecine manuelle

03/03/2020

Casablanca, le :



الدكتورة الواضح مريم

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

الروماتيزم، التهاب المفاصل

أمراض الغضروف، الأوتار

أمراض العمود الفقري

هشاشة العظام

الأدوية البيولوجية

الفحص بالصدى للمفاصل والأوتار

الطب اليدوي للعمود الفقري والمفاصل

CHAIF SAADIA EP MAANI

Nom :

kinésithérapie

Gonarthrose fémoro-tibiale D

Séances de physiothérapie antalgique: infra rouges, US

Massages décontracturant

Assouplissement des ischio jambiers

Lutte contre le flessum

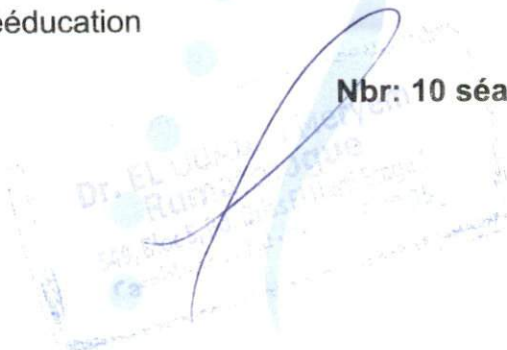
Étirements

Renforcement du vaste latéral du quadriceps

Travailler la proprioception

Initiation à l'auto-rééducation

Nbr: 10 séances



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 11/03/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule : 2946	e-mail : kebir.247@gmail.com	Phones : 06 62 03 56 90
Nom et Prénom de l'adhérent : MAANI MOHAMMED		
Nom et Prénom du bénéficiaire : CHAIF SAADIA		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné : Mme Aicha SEKIR - Cabinet Aika de Kinésithérapie		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : chaif Saadia		
Nécessite : Rééducation AMMg + iB		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 10 Séances		
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) :		
Gonarthrose fémoro-tibiale AMMg + iB		
Cachet, date et signature du praticien	11/03/2020 CENTRE DE KINESITHERAPIE AKA Aicha Sekir Rés. Assafat Al Amal, BORD BOUDJ 404 Apt. N° 11, 2 ^{ème} étage Tél : 05 22 52 35 85 ICE : 0020119260026/4 / N° 24964563	
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.