

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Optique :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Mise en charge : pec@mupras.com

Dhésion 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

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01843

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TIAJDI Abde lKrim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-038703

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- | | |
|------------|--|
| SF | = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z | = Electro-Radiologie |
| B | = Analyses |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au présentation de ses observations.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentielle au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

- | | |
|--|---|
| OSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| OSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| OSPITALISATION EN SANATORIUM OU VENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| OUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit de répétés en plusieurs séances, ou actes seuls comportant un ou plusieurs échelons dans le temps. | - LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE |

EN CAS D'URGENCE

Actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 873571

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Majdi Abdellah

Matricule : 01843 Fonction :

Poste : 2019

Adresse :

Tél. : 026.14.12.12.87 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : WATHEDI PATIHA

Age :

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca, le 25.06.19

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
21/08/19	d		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p><i>Cabinet de kinésithérapie JFZ</i> <i>Faouzia Jaffra Jaber</i> <i>Lot 933, route 22, opération lissatia</i> <i>Zouhir Delfa - Casablanca</i> <i>Tél.: 06 69 16 41 64</i></p>	<p><i>01/07/19</i> <i>01/07/19</i></p>					<p><i>1200 Dh</i></p>

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjenction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession			MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Professeur Salah FNINI



Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Chirurgie traumato-orthopédique et prothétique des membres
Chirurgie de la main, des nerfs périphériques
et réparatrice de l'appareil locomoteur
Chirurgie du sport et arthroscopie

بروفيسور فنيني صالح

أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد الجراحية بالمنظار الطب الرياضي

625/06/14.

N^{me} WAHIDI Lot Re

Age : 16 ans

Brother pjt & Jst
Operé par Redacteur
62 cheft ; crso zibee

à PSMais

ablati de l'os
faits

Le temps le
du pjt Jst

Professeur FNINI Salah
Chirurgie Orthopédique et Prothétique
15 Rue de la Lande Casablanca
Quartier des hôpitaux Casablanca
T 0522 27 02 79 / 0522 86 28 11 / 0666 75 10 44 -urgence: 0661 21 03 88

Cabinet de
Kinésithérapie JFZ
Futuriste Traumatologie
Lot 901, Avenue d'Amsterdam
Zouhouria Casablanca
Télé: 05 69 16 41 64

15 Rue de la Lande, Angle Rue Amyot, Rue Amyot, 2^{eme} étage quartier de hôpitaux-Casablanca

Consultation : 05 22 27 02 79 / 0522 86 28 11 / 0666 75 10 44 -urgence: 0661 21 03 88

E-mail: safifnini@yahoo.fr

Cabinet de Kinésithérapie JFZ

Casablanca, le 16/07/2019

Facture N° 31/2019

Nom et prénom : Mme WAHIDI Fatiha

Diagnostic : Fracture du poignet droit

Nombre de séances effectuées : 10

Dates : Du 28 Juin 2019 au 16 Juillet 2019

Prix unitaire de la séance : 120,00 dhs

Montant facturé : 1 200,00 dhs

La présente facture a été arrêtée à la somme de : Mille Deux Cent Dirhams

Cabinet de
Kinésithérapie JFZ
Fatiha Wahidi
Lot 93i, rue 12, Opération Lissasfa
Zoubir Oulfa - Casablanca
Tél.: 06 69 16 41 64

Patente numéro : 36231788

Adresse : Lot 93i, rue 12, Opération Lissasfa. Zoubir Oulfa. Casablanca.

Tél : 0669 164 164

Cabinet de Kinésithérapie JFZ

Casablanca, le 25/06/2019

Devis N° 21/2019

Nom et prénom : Mme WAHIDI Fatiha

Diagnostic : Fracture du poignet droit

Médecin prescripteur : Dr FNINI Salah

Nombre de séances à effectuer : 20

Prix unitaire de la séance : 120,00 dhs

Montant total du devis : 2 400,00 dhs

La somme totale du devis est de : Deux Mille Quatre Cent Dirhams

Cabinet de
Kinésithérapie JFZ
Patient : Mme Fatiha
Lot 93i, rue 12, Opération Lissasfa
Zoubir Oulfa Casablanca
Tél. 06 69 16 41 64

Patente numéro : 36231788

Adresse : Lot 93i, rue 12, Opération Lissasfa. Zoubir Oulfa, Casablanca.

Tél : 0669 164 164

Cabinet de Kinésithérapie JFZ

«Votre santé, notre passion»

0669 164 164

Lot 93i, rue 12, Opération Lissasfa. Zoubir. El Oulfa.
20260 Casablanca

@kinesitherapie.jfz@gmail.com

facebook cabinet de kinésithérapie JFZ

Fatima Zahra JABIR
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

- Bien-être
- Amincissement
- Rééducation fonctionnelle
- Rééducation sportive

Nom & Prénom

Mme WHITIOT
Fatma

Vos prochains rendez-vous

28.06.19

29.06.19

02.07.19

04.07.19

06.07.19

08.07.19

10.07.19

11.07.2019

13.07.2019

16.07.2019

~~Cabinet de
Thérapie JFZ
Fatima Zoubir
Lot 931, rue
Zoubir - Alifa - Casablanca
Tél.: 06 69 16 41 64~~