

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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
Prendre 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0038703

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01843 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAJOI Abouelkhim

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 couvrant 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. Le 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 de présenter ses observations. Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
VENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances. ou actes
auxquels comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
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 : Majidi Abdelkrim
Matricule : 01843 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : _____
Tél. : 06 14 12 12 87 Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : WAHEDI FATIMA Age : _____
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Fracture paquet droit
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : _____
A Cese, le 25 / 06 / 19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
25/06/19	cl		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	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	
Cabinet de kinésithérapie JFZ Fatima Zahra Jabir Lot 931, Cas 12, opération ISSASSA Zoubir Oulfa - Casablanca Tel.: 06 69 16 41 64	Du 23/06/19 au 16/07/19					1200 Dh

SOINS ET PROTHESES 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANT DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire 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



بروفيسور فنيني صالح

أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والجراحة بالمنظار الطب الرياضي

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

25/06/19

Mme WAHIDI Fathe

Age : 16 ans

fracture p.j. dist

gros os Reduct et
brachiale, Gros zèle

à 3 semaines

obtenu les 2 os

faits

la sangle, le Reduct
du p.j. dist

Cabinet de
kinésithérapie JFZ
Fatima Zahra Jfz
Lot 90, 1^{er} étage, quartier des Hôpitaux
Casablanca
Tél : 05 22 27 02 79 / 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44 - urgence: 06 61 21 03 88

15 Rue de la lande, Angle Rue Amyot, Rue Amyot, 2^{ème} étage quartier des Hôpitaux-Casablanca

Consultation : 05 22 27 02 79 / 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44 - urgence: 06 61 21 03 88

E-mail: safnini@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
Fatima Zahra Jabir
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
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

«Votre santé, notre passion»

0669 164 164

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

@kinesitherapie.jfz@gmail.com

cabinet de kinésithérapie JFZ

Fatima Zahra JABIR

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

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

Nom & Prénom

Mme WAHIDI
Fatima

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
kinésithérapie JFZ
Fatima Zoubir
Lot 931, rue de l'opération Issaef
Zoubir Oulfa - Casablanca
Tél.: 06 69 16 41 64