

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'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

Déclaration de Maladie

N° P19- 047278

145558

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3106 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme Zouhal Zahra EP. R.I.A.D

Date de naissance : 11/7/1969

Adresse : Cité EP Inara I, Rue 11 N°25

Casablanca

Tél : 06 12 76 95 82 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ihame ELASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan II - Hana
Casablanca - Tél : 05 22 89 10 84
MUP - 91032458

Date de consultation : 01/11/2022

Nom et prénom du malade : Zouhal Zahra Age :

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

Nature de la maladie : séquelles d'AVC

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 : 18/1/23

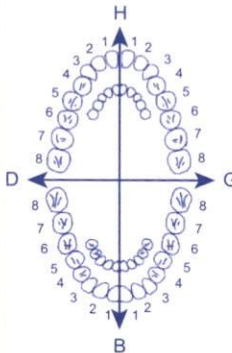
Signature de l'adhérent(e) :

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
09/11/83	C.S.	1	60.00	Dr. DUBREUIL Médecin Généraliste Rue Hassan II - N° 1 Alger - Tél. : 05 22 89 10 84 Fax : 05 91 03 24 58

[illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D B G 00000000 00000000 35533411 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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	

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

	H 25533412 00000000 21433552 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom et Prénom du Patient(e) : NOUTAL Zohra

Age : 71 A CIR :

Spécialité : Kinésithérapie

Diagnostic : Hémiparésie gauche séquellaire

Nombre de séances : 15 s

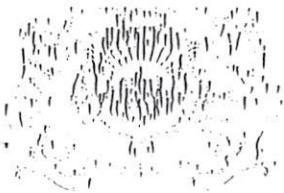
N°	Dates	N°	Dates	N°	Dates
1	16/01/23	11	20/02/23	21	... / ... / ...
2	19/01/23	12	23/02/23	22	... / ... / ...
3	23/01/23	13	27/02/23	23	... / ... / ...
4	26/01/23	14	02/03/23	24	... / ... / ...
5	30/01/23	15	06/03/23	25	... / ... / ...
6	02/02/23	16	... / ... / ...	26	... / ... / ...
7	06/02/23	17	... / ... / ...	27	... / ... / ...
8	09/02/23	18	... / ... / ...	28	... / ... / ...
9	13/02/23	19	... / ... / ...	29	... / ... / ...
10	16/02/23	20	... / ... / ...	30	... / ... / ...

Signature et Cachet :



ADAM J. LAMBERT
JAN 25 1990
RECEIVED
JAN 25 1990
JAN 25 1990

20 11 58 58 58 58
20 11 58 58 58 58



09/01/23

ORIENTATION

MOUTAL Zohra

age = 71 ans

ATCD HTA

Hémiparésie gauche
séqueltaire

15 séances de rééducation
fonctionnelle

2x15'

Quittance 0073655 3/J

Reçu de M

La Somme de

**Cachet du
Service**

Le..... 20

**Signature du
Régisseur**