

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie
M22- 0005678

☐ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

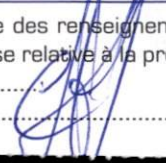
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03109 Société : ND 155422
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHERQUIAOUI Mohammed
Date de naissance : 01-01-1950
Adresse : 19, Rue ABU GHAFER CHANI CASABLANCA
Tél. : 0661 30 72 44 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 21/02/2023
Nom et prénom du malade : EL ALAME RACHIDA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : SYNDROME RACHIDIEN
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
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 : CASABLANCA Le : 30/03/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

Cachet et signature du médecin attestant le bien-être des états	
---	--

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des honoraires
		P C	I M	IV	
<i>[Signature]</i>					

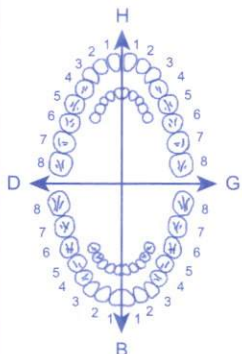
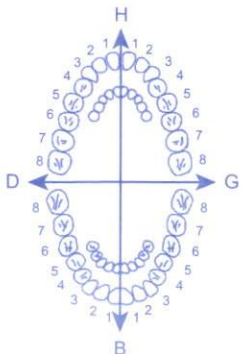
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins
<p>Khadija GHOUASSI PEREZ Kinésithérapeute Angle Bd Bir Anzarani et Ahmed Al Jourjan Résidence AYA 3ème Etage N° 7 - Casablanca Tél 05 22 25 28 05</p>	<p>Khadija GHOUASSI PEREZ Kinésithérapeute Angle Bd Bir Anzarani et Ahmed Al Jourjan Résidence AYA 3ème Etage N° 7 - Casablanca Tél 05 22 25 28 05</p>

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 <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B </div> </div>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ACC-03109-24/02/2023

REEDUCATION 

L ALAMI RACHIDA

En attente 

-- 

4-02-2023 

4-02-2023 

4-02-2023

dition

Ajouter

ants [↑]

ype	Commentaire
anuel	ACC 12 SEANCES KINÉ (SD ROTULIEN)
anuel	informé par appel



Casablanca le : 24/03/2023

Facture N° F024/23

Prénom et nom : Rachida ELALANI
Diagnostic : Syndrome rotulien bilatéral +
Médecin Traitant : Arthrose fémoro-patellaire
Code des actes : DR LABBADI
Début du Traitement : 24/03/2023
Nombre de séances : 12
Prix de la séance : 150,00 DH
Montant Total : 1.800,00 DH

La présente facture est due à la somme de
Mille huit cent dirhams.

Khadija GHOUASSI PEREZ
Kinésithérapeute
Angle Bd Bir Anzarane et Ahmed Al Jouman
Résidence AYA 3ème Etage N°7 - Casablanca
Tél : 05 22 25 28 05



Calendrier des séances de rééducation
Mme Rachida EL ALAMI

Séance n°1 : 27 Février 2023

Séance n°2 : 01 Mars 2023

Séance n°3 : 03 Mars 2023

Séance n°4 : 06 Mars 2023

Séance n°5 : 08 Mars 2023

Séance n°6 : 10 Mars 2023

Séance n°7 : 13 Mars 2023

Séance n°8 : 15 Mars 2023

Séance n°9 : 17 Mars 2023

Séance n°10 : 20 Mars 2023

Séance n°11 : 22 Mars 2023

Séance n°12 : 24 Mars 2023

Khadija GHOUASSI PEREZ
Kinésithérapeute
Angle Bd Bir Anzarane et Ahmed Al Joumani
Résidence AYA 3ème Etage N° 7 - Casablanca
Tél : 05 22 25 28 05