

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

- Reclamation : 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

M23-007234

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14 67 Société : 153597

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMEN BRAHIM

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : N°14 lot old Haven Hay Mly Rachid

Tél. : 0664 94 1234 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

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

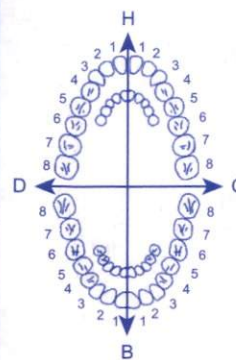
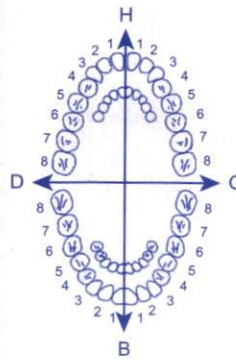
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
JIHAD AZIQUI KINESITHERAPEUTE ICE: 003060598000094	07/03/23					120000 x 1200H = 1200000

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed YOUSSEF

الدكتور محمد يوسف

Chirurgie Orthopédique, Traumatologique
Chirurgie des Maladies Rhumatismales
Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux
Médecine de travail, Strasbourg
Ex Chef de Service de Chirurgie
et Directeur de l'Hôpital Mohamed V
Casablanca



جراحة العظام والمفاصل
جراحة أمراض الروماتيزم
خبير طبي محلف لدى المحاكم
طب الشغل ستراسبورغ
رئيس قسم الجراحة سابقا
ومدير بمستشفى محمد الخامس
الدار البيضاء

Casablanca, le : في : الدار البيضاء،

18 FEB 2023

Mougen Boulou

Dr. Mohammed YOUSSEF
Tél: 05 22 63 63 13

Spécialiste
de
la
Chirurgie

- Rééducation
Spéciale de

+
Physiothérapie
10 ans

Dr. Mohammed YOUSSEF
Spécialiste
Orthopédie / Traumatologie
Tél: 05 22 63 63 13 - Casa

231, شارع عقبة ابن نافع الحي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22 63 63 13
231, Boulevard Okba Ibn Nafia Hay Mohammadi - Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 63 63 13

Cabinet de kinésithérapie la grande ceinture

Facture

Casablanca, le

07/02/23

JIHAD ZIQI
KINESITHERAPEUTE
ICE: 003060598000094

Nom/prénom : MAUMEN BACHIM

Date de prescription : 10/02/23

Assurance : M.U.P.R.A.S

Soins de rééducation

Rééducation pour : tendinite de l'épaule droite

Séances : 10 séances

Honoraires : 120 DHU

Appareillages :

Montant total :

71200 DH

JIHAD ZIQI
KINESITHERAPEUTE
ICE: 003060598000094

21-	à
22-	à
23-	à
24-	à
25-	à
26-	à
27-	à
28-	à
29-	à
30-	à

Cabinet de Kinésithérapie

Nom: **Mou MEN Baghims**
Diagnostic: **tendinite de l'épaulante**
Nombre de Séances: **10 séances**

JEHAD AZIQUI
KINÉSITHÉRAPEUTE
CE 003060598000094

Carnet des Rendez-vous

76, Résid Al Khair Appt 114 Bd Gd Ceinture Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 26 65 00 65 - Gsm : 06 62 16 35 01

1-	17/03/23	à
2-	20/03/23	à
3-	22/03/23	à
4-	24/03/23	à
5-	27/03/23	à
6-	29/03/23	à
7-	31/03/23	à
8-	03/03/23	à
9-	05/03/23	à
10-	07/03/23	à

JIHAD AZIQUI
KINESITHERAPEUTE
ICE: 003060598000094

11-	à
12-	à
13-	à
14-	à
15-	à
16-	à
17-	à
18-	à
19-	à
20-	à