

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7455 Société : RAM Aec

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUVNIER Samira Date de naissance : 09 07 1966

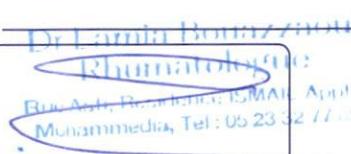
Adresse : Rd Maillay I smail Police Beach palace 1

Mohammed elia

Tél. : 06 01 14 22 85 Total des frais engagés : 3 000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2023

Nom et prénom du malade : MOUVNIER Samira Age : 59 ans

Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : NCB

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 : Centre Allal Ben Abdellah, 13 Le : 10/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE 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
15/01 2023	Consultation S	300	6	<i>Dr. Amin Benazzouj Rheumatologue Rue Aida, Bourganeff 1050 Mohammed VI Tel: 05 23 32 77 42</i>

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
		AM	PC	IM	IV	
 KINÉ PARK Centre Physiotherapy KINÉPARK CENTRE PHYSIOTHERAPY 100-25, rue du Parc, B-1150 Brussels, Belgium Tél. +32 2 641 10 00	Devis 22/11/2023	20 AM x 15 sessions				Total 3000,00 HTS

RELEVE 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 canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



samira mounir <mounirsamira64@gmail.com>

ACCORD REEDUCATION

1 message

pec_mup@mupras.com <pec_mup@mupras.com>
À : mounirsamira64@gmail.com

30 novembre 2023 à 15:46

Bonjour

reéducation

votre accord dentaire est accordé pour 15 séances.

CORDIALEMENT.

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

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification
115500 13



Service Prise en charge

-  Fixe : +212 522 204 545 LG
-  pec@mupras.com
-  www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siège Social : Centre d'affaires Alital Ben Abdellah, 49, Agadir rue Alital Benabdellah et rue Mohammed Fakir 6 ème étage - Casablanca / Tel : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contact@mupras.com

 /MUPRASRAM

Dr Lamia Bouazzaoui

RHUMATOLOGUE

Médecin Spécialiste des Maladies des Os
des Articulations de la Colonne Vertébrale
et des Maladies Rhumatismales
Echographie Ostéo-articulaire



الدكتورة لمياء بوعزاوي

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام

واللتحامات وأمراض الروماتيزم

الشخص بالصدى

Mohammedia, le 15/11/2023

Dr Lamia Bouazzaoui

Recommandation pour

OCB en phase cervicale

+ muscle testo

1 + Sem co
KINÉ PARC KINÉ ABBOUINI
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Rue KAWAL PARK CENTER, 1^{er} étage
Bureau 25 - Park Center - Mohammedia
Tél.: 06 66 90 54 02

3 phases

Dr Lamia Bouazzaoui
RHUMATOLOGUE
Rue ASFI Résidence ISMAIL ADY
Mohammedia, Tél: 03 23 32 88 66

شارع اسفي اقامة انباعيل - الشقة 5
الحمدية - الهاتف: 0523 32 77 85

Appartement 5 - Mohammedia - Tél.: 0523 32 77 85
البريد الالكتروني: Email: lamia.bouazzaoui@gmail.com
المستعجلات: 0677 83 20 85

FACTURE

Date Facture	22/01/2024
Nom & Prénom du patient	Mme MOUNIR Samira
Pathologie/ Rééducation	Neuralgie cervico-brachiale
Médecin traitant	Dr Lamia BOUAZZAOUI

Nombre de séance	Prix de la séance en DHS	Total en DHS
15	200	3000

Arrêter la présente facture à **TROIS MILLE DIRHAMS**

SEANCE	Date
Séance 1	04/12/2023
Séance 2	06/12/2023
Séance 3	09/12/2023
Séance 4	11/12/2023
Séance 5	15/12/2023
Séance 6	20/12/2023
Séance 7	25/12/2023
Séance 8	02/01/2024
Séance 9	08/01/2024
Séance 10	11/01/2024
Séance 11	13/01/2024
Séance 12	15/01/2024
Séance 13	17/01/2024
Séance 14	20/01/2024
Séance 15	22/01/2024

KINÉ PARC
Afaf ABBoud
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Rés. KAMAL PARK CENTER Immeuble B - 4ème Etage
Bureau 25 - Parc de Mohammedia
Tél. : 06 66 90 54 02

Résidence "kAMAL PARK CENTER" immeuble B, 4 ème étage, bureau 25. Parc Mohammedia.
(à côté de l'hôtel NOVOTEL)

ICE : 001874884000007 - TP : 39400357 - IF : 20730330

DEVIS

Date devis : 22/11/2023

Nom & Prénom du patient : Mme Samira MOUNIR

Médecin traitant : Dr Lamia BOUAZZAOUI

Rééducation	Nombre de séance	Prix de la séance en DHS	Total en DHS
Nevralgie Cervico-Brachiale	15	200	3000



Résidence "kAMAL PARK CENTER" immeuble B, 4 ème étage, bureau 25. Parc Mohammedia.
(à côté de l'hôtel NOVOTEL)

ICE : 001874884000007 - TP : 39400357 - IF : 20730330