

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-563606

43829

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7347

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MORISSI ABDELTI F

Date de naissance : 02/07/1967

Adresse : habibullah

Tél. : 0661164135

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 : 06/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

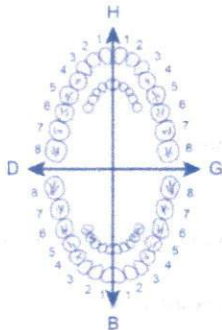
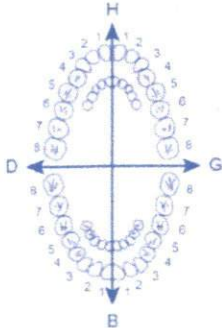
Centre CISA-OU KINESITHERAPY		AUXILIAIRES MEDICAUX				Centre CISA-OU KINESITHERAPY	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	
		AM	PC	IM	IV		
33 Rue 74 Hay El Oulfa - Casablanca	20/12/2022	15	1	130		15 x 130 = 1950	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغذية

Casablanca le:

19/08/2020

MR EL IDRISSE ABDELTIF

Rééducation DOUCE épaule GAUCHE

CAPSULITE RETRACTILE

Physiothérapie antalgique

Massage décontracture

recuperation des amplitude sans douleur

Nombre de séances : 20 (2-3 séances/ semaine)



Handwritten signature and stamp:
Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue
404, Bd Al qods, Résidence Essakane El Anik
1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca
Tél: 05 22 50 68 69



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

Casablanca le 06/10/2020

Facture n°54/20

Nom : ELIDRISSI ABDELTIF

Adresse : Res elwiam,
imm4 N°1 ELOULFA

Pathologie : Capsulite rétractile de l'épaule gauche

Nombre de séances : 15 séances

Prix unitaire : 130.00dhs

Montant total : 1950.00dhs

Arrêter la présente facture à la somme totale de mille neuf cent cinquante dirhams

CENTRE CASA-OULFA D
KINESITHERAPIE
3 Rue 74 Group P N° 29-31
El Oulfa - Casablanca



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

PROGRAMME DES SEANCES DE KINESITHERAPIE EN FAVEUR DE MR ELIDRISSI ABDELTIF

A COMPTER DU 24/08/20

J'atteste que Mr ELIDRISSI ABDELTIF a effectué ses 15 séances de rééducation au centre de kinésithérapie CASA OULFA pour une Rééducation de l'épaule gauche suivant le programme suivant :

Nombre de séances	Date
Séance 1	lundi 24/08/20
Séance 2	Jeudi 27/08/20
Séance 3	lundi 31/08/20
Séance 4	Mercredi 02/09/20
Séance 5	Vendredi 04/09/20
Séance 6	lundi 07/09/20
Séance 7	Mercredi 09/09/20
Séance 8	Vendredi 11/09/20
Séance 9	mercredi 16/09/20
Séance 10	vendredi 18/09/20
Séance 11	Lundi 21/09/20
Séance 12	vendredi 25/09/20
Séance 13	lundi 28/09/20
Séance 14	Vendredi 02/10/20
Séance 15	Mardi 06/10/20

**CENTRE CASA-OULFA D.
KINESITHERAPIE**
SARL
33-Boulevard Group P N° 29-31
Hay El Oulfa - Casablanca