

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 :

- 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

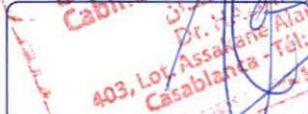
MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



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

$$N\bar{D} = 16725$$

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002318

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <u>1488</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>RAHMOUNE Jamila</u>		Date de naissance : <u>20/6/52</u>	
Adresse : <u>num 29 pl. du 4 Novembre Casablanca</u>		Total des frais engagés : <u>1449.000 Dh</u>	
Tél. : <u>06 60 16 81 00</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>24/01/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>RAHMOUNE JAMILA</u> Age: <u>67 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA Le : <u>15 JAN 2020</u> Signature de l'adhérent(e) : <u>ACCUEIL 19020</u>			

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
21-11	2019 62		Contract	Signature et cachet du Médecin attestant le paiement des honoraires.

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

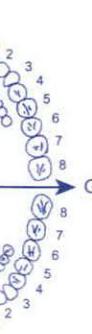
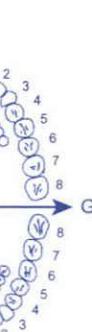
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE DE KINESITHERAPIE AIKA Aicha Oktar Avenue Al Anfa Bd El Qods Appt N° 17 2 ^e étage 05 22 52 35 85	de. 04-12-19 04-12-19 04-12-19 04-12-19	X				120.00 dhs x 12 = 1440.00 dhs 1440 04764563

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AICHA OFKIR

0522525385-0620824555

- ▲ Neurologie
- ▲ Traumatologie
- ▲ Rhumatologie
- ▲ Gynécologie
- ▲ Pédiatrie
- ▲ Kinésithérapie Respiratoire
- ▲ Drainage lymphatique
- ▲ Rééducation vestibulaire
- ▲ Kiné périnéal
- ▲ Amincisement

Centre AIKA de Kinésithérapie et d'amincissement

Facture

Facture N : 96

Date:/CASABLANCA le : 07 - 12 - 2019

Nom de patient : Rahmoune Jamila

Nom de médecin traitant : Dr. Achraf Haidane

Diagnostic	Nombre des séances	Dates	Prix unitaire	Prix total	MP
AMMg + IR	12	04-12-2019 05-12-2019 14-12-2019 16-12-2019 18-12-2019 21-12-2019 23-12-2019 26-12-2019 28-12-2019 30-12-2019	120,00 dh	1440,00 dh	chèques
		06-01-2020 07-01-2020			<i>CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE AIKA Résidence Assakane Al Anik, 12, 2ème étage Immeuble 404, Boulevard el qods Aicha Ofkir Tel: 0522523585</i>

Cadablanca ,ain chok , Résidence Assakane Al Anik, Boulevard el qods, Quartier El Omariya , Immeuble 404 ,Appartement Numero 12, 2ème étage .Casablanca/ INP/ 24964563

0522525385 – 0620824555