

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-458495

22/25

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4720 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Ray Retraite

Nom & Prénom : Relouci Nohamed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Le passage el farabi hay yasmine

Tél. : 0663182297 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

21/11/2011 Relouci Nohamed Age:

Date de consultation :

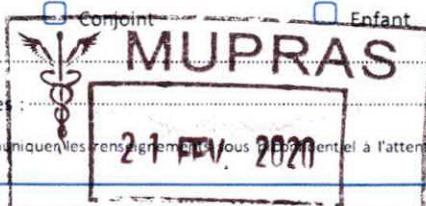
Nom et prénom du malade :

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 confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



21 FEV 2020

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 : Relouci

Signature de l'adhérent(e) : AGP, 2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-458495

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4720

Relouci

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
MESSAOUDI Naoufal Kinésithérapeute-Physiothérapeute 5 Pass Esplanade Bay Yassmina Ben Ghribi - 064.76.81.28	17/01/2020	30 séances de kinésithérapie à domicile		30 x 2,20 Dh	-	660,00 Dh	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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														
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																



RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLoGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

25/12/19

M Beloumi Mohamed

Kne & Thigh =
mults aches et relif
30 second

Docteur Omar HAJJI
ONCOLOGUE MEDICAL
Salaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casab - Anfa - Tel: 05 20 66 68 90/91/92
Fax: 05 22 79 75 94 / 05 22 79 69 89
H1



CENTRE DE KINESITHERAPIE

Autorisation n° : 654/2007

MESSAOUDI NAOUFAL
Kinésithérapeute Physiothérapeute

59 Boulevard Brahim Roudani
Yasmina Berrechid

FACTURE

Berrechid, le 17 / 02 / 2020

Nom & prénom du patient : BELOUCH Mohamed

Nature de la prestation: <i>Rééducation</i>		Date: du 31/12/2019 au 07/02/2020	
Lieu	Nbr des séances	PU (MDH)	Montant (MDH)
A domicile	30	200.00	6000.00

Arrêté la présente facture à la somme de : **Six mille dirham**

SIGNATURE

Messaoudi Naoufal
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
Spécialisation: Yasmina Berrechid
Gsm: 06 43 88 81 38



CENTRE DE KINESITHERAPIE

Autorisation n° : 654/2007

MESSAOUDI NAOUFAL
Kinésithérapeute Physiothérapeute

59 Boulevard Brahim Roudani
Yasmina Berrechid

Objet : Calendrier des séances

Berrechid, le 17 / 02 / 2020

Nom & Prénom du patient : BELOUCH Mohamed

Séance	Date
01	31/12/2019
02	01/01/2020
03	03/01/2020
04	04/01/2020
05	06/01/2020
06	07/01/2020
07	08/01/2020
08	09/01/2020
09	10/01/2020
10	11/01/2020
11	13/01/2020
12	16/01/2020
13	17/01/2020
14	18/01/2020
15	20/01/2020
16	21/01/2020
17	22/01/2020
18	23/01/2020
19	24/01/2020
20	25/01/2020
21	27/01/2020
22	28/01/2020
23	29/01/2020
24	30/01/2020
25	31/01/2020
26	01/02/2020
27	03/02/2020
28	04/02/2020
29	05/02/2020
30	07/02/2020

SIGNATURE

MESSAOUDI Naoufal
Kinésithérapeute Physiothérapeute
SPLSA Essoumal Hay Yasmina Berrechid
Gsm: 064 76 61 36