

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-578339

47406

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1345 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABEROUCH NERYEN
 Date de naissance : 30/8/68
 Adresse : AL NASSINA - AGADIR
 Tél. : 0660304037 Total des frais engagés : 1560,100 7H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute au domicile

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 : AGADIR

Le : 28/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578339

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 : 1345
 Nom de l'adhérent(e) : ABEROUCH NERYEN
 Total des frais engagés : 1560,100
 Date de dépôt : 28/11/2020

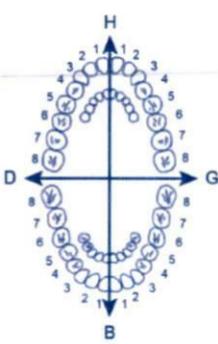
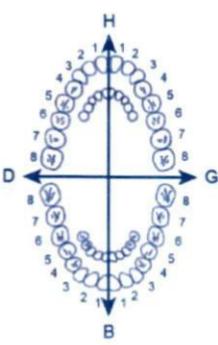
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
				INP : [][][][][][][][]	

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Myriem Ismaili Algout Kinésithérapeute / Physiothérapeute 10, rue 2 Rez de Chaussée Imm. Bouffard 13009 Marseille 9 - AGADIR Tél : 06 89 59 69 18 - 06 89 59 69 18	du 23/10/20		12			
	au 19/11/20		de rééducation			1560

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																			
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p>																			
<p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>															
					<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">H</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">25533412</td> <td style="border: none; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">D</td> <td style="border: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
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

- Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée Faculté de Médecine de Marseille - France
- Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
- Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir



- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- الجراحية بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان
- جراح بمصحة الضمان الاجتماعي بأكادير

LETTRE DE RÉÉDUCATION

Agadir, le 26/10/2020

Mr ou Mme

ABDOUCH MARYEM

Opéré / Présente:

Patrice 61 m, 110 kg, non déplacé
Traite par ptise joints - pied
pik 30
= et autre pik 30

Nécessite une rééducation

for 500 125 16 melle
dille m.

opérer proprement
mobilité dille (flexion - extension)
éviter le surpoids et les traumatismes



Planing des séances:

Date : **23/10/2020**

Aberouch Meryem

Désignation	Nombre de séances	P.U	Total en DH TTC
Séances de rééducation Fonctionnelle de la cheville (fracture)	12séances 3séance/semaine 01 : 23/10/20 02 : 26/10/20 03 : 28/10/20 04 : 30/10/20 05 : 02/11/20 06 : 04/11/20 07 : 06/11/20 08 : 09/11/20 09 : 11/11/20 10 : 13/11/20 11 : 17/11/20 12 : 19/11/20	130dh	1560DH

Myriem Ismaili Alaoui
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
App. N° 2 Rez-de Chaussée Imm. Boudif
Angle Av. 29 Février et Rue Ihchach
TALBORJT - AGADIR
Tél : 028 84 70 77 / GSM : 068 59 69 19





Facture: N °71/20

DATE: 19 /11/20

Aberouch Meryem

Désignation	Nombre de séances	P.U	Total en DH TTC
Séances de rééducation fonctionnelle de la cheville (fracture)	12 Séances 03 séances /semaine	130dh	1560dh

Arrêté la présente facture à la somme de mille cinq cent soixante dirhams Régler
En espèces.

Myriem Ismaili Alaoui
Kinésithérapeute / Physiothérapeute
App. N° 2 Rez de Chaussée Imm. Boudif
Angle Av. 29 Février et Rue Ihchach
TALBORJT - AGADIR
Tél : 028 84 70 77 / GSM : 068 59 69 19





devis: N°31/20

DATE:28 /10/20

Aberouch Meryem

Désignation	Nombre de séances	P.U	Total en DH TTC
Séances de rééducation fonctionnelle de la cheville(fracture)	12Séances	130dh	1560dh

Arrêté le présent devis à la somme de mille cinq cents soixante dirhams

Myriem Ismaili Alaoui
Kinésithérapeute / Physiothérapeute
App. N° 2 - Rez de Chaussée Imm. Boudif
Angle Av. 29 Février et Rue Ihchach
TALBORJT - AGADIR
Tél : 028 84 70 77 / GSM : 068 59 69 19

