RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

- 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.

ntaire :

- 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.

aladie 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 caractère personnel.

UPRAS : 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

Nº P19- 052557

57435

☐ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1525 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Naur Fatiha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0637724825 Total des frais engagés : Dhs

MUPRAS
20 JAN 2021

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ABDELHAK GARCH
Professeur Enseignement Sup.
Traumato - Orthopédie

Date de consultation : ....../....../......

Nom et prénom du malade : Age: -

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Talalgie sur épine calcanéenne

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 :** ....../....../......

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/11/2021	Cs		300,00	Dr. ABDELHAK GARCH Professeur Enseignement Sup. Traumato-Orthopédie

CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars Haddaoui
Tel 0522 21 21 88 / 0522 [illegible] 50
Fax 0522 21 64 68 Casablanca

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

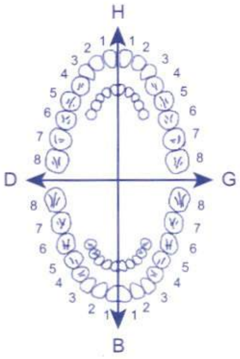
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
BDM Pharma 14, Rue Dijla Casablanca - Anfa Tél : 0522 47 26 09/ 0522 23 78 95	09/01/2021	semelle orthopedique Sur mesure				600,00

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

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient

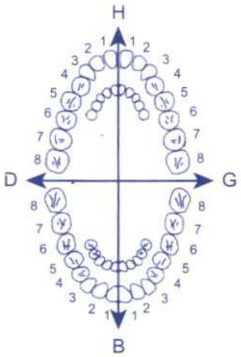
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

	D	G
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUT

مصحة عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

NOUR Fatiha

Casablanca, le 04/11/2024

CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tel 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50
Fax 0522 21 64 68 Casablanca

Semelles orthopédiques
pour équiper les chaussures.

CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tel 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50
Fax 0522 21 64 68 Casablanca

Dr. ABDELHAK GAR
Professeur Enseignement
Traumato - Orthopédie

BDM Pharma

FACTURE N° : 2020002329

FATIHA NOUR

Code Client : **002365**

Casablanca le, 04/01/2021

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Remise	Montant	Tva
	BL N° 2020006737 DU 04/01/2021					
010297	FOOTCARE SEMELLES SUR MESURE	1	600.00	0.00%	600.00	20.00%
011219	FOOTCARE CAD CAM EP 25 / SH 25 NOIR	1				
010655	FOOTCARE REVETEMENT 100% CUIR	1	39.00	**.**%		20.00%
010669	FOOTCARE ENV	1				

BDM Pharma
14, Rue Dijla
Casablanca - Anfa
Tél : 0522 47 26 09/ 0522 20 78 95

500.00	**20 %**	**100.00**

TOTAL H.T.	**500.00**
TOTAL T.V.A.	**100.00**
DROIT DE TIMBRE	**0.00**
TOTAL T.T.C.	**600.00**

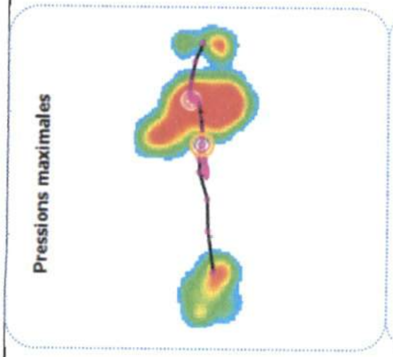
Arrêtée la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DH.

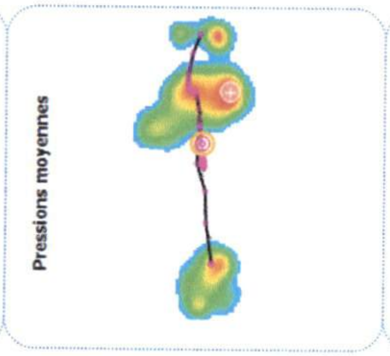
PATIENT: **FATIHA NOUR**
ADRESSE: 10 RUE 36 HAY OMARIA AIN CHOCK, - CASA -
DATE DE NAISSANCE: 01/01/1963 (58 Age **POIDS:** 70 Kg **HAUTEUR:** **TAILLE DES CHAUSSURES:** 39
PROFESSION: **MÉDECIN:** LIBRE **PATHOLOGIE:**
TÉLÉPHONE: **T°PORTABLE:** 06 73 125 882 **EMAIL:**

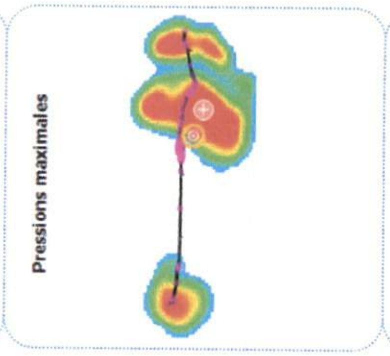
Analyse dynamique

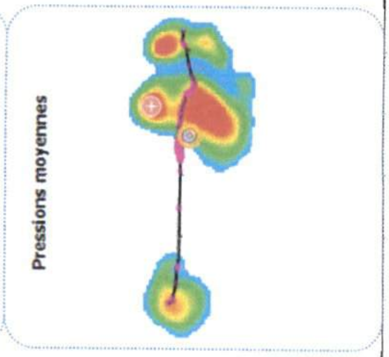
GAUCHE: Pas 2 - Durée: 1020 ms - Surface: 72,0 Cm2
Pression moyenne: 75,3 Kpa(r) - Pression maximale: 127,0 Kpa(r)

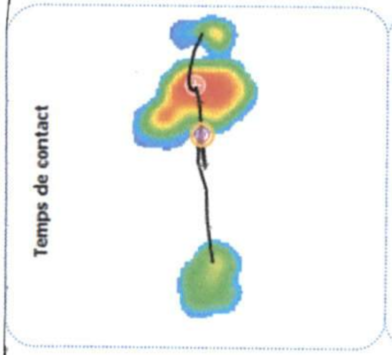
DROIT: Pas 1 - Durée: 1090 ms - Surface: 87,0 Cm2
Pression moyenne: 81,2 Kpa(r) - Pression maximale: 127,0 Kpa(r)

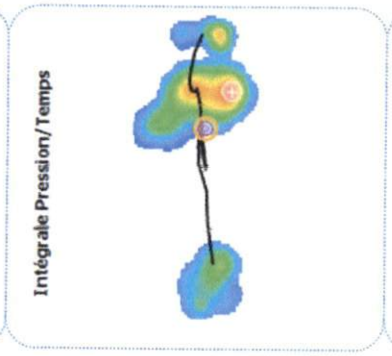

Pressions maximales

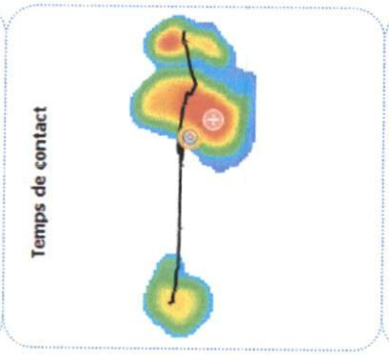

Pressions moyennes

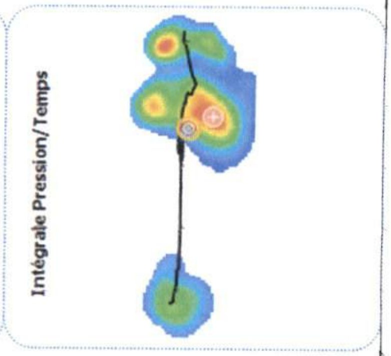
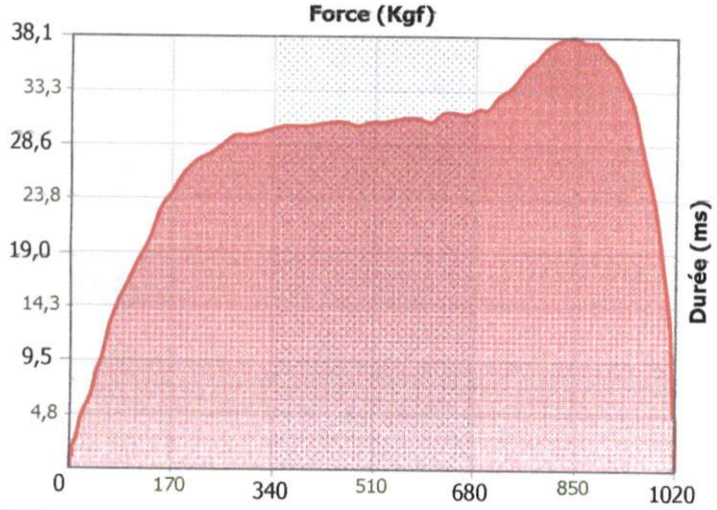
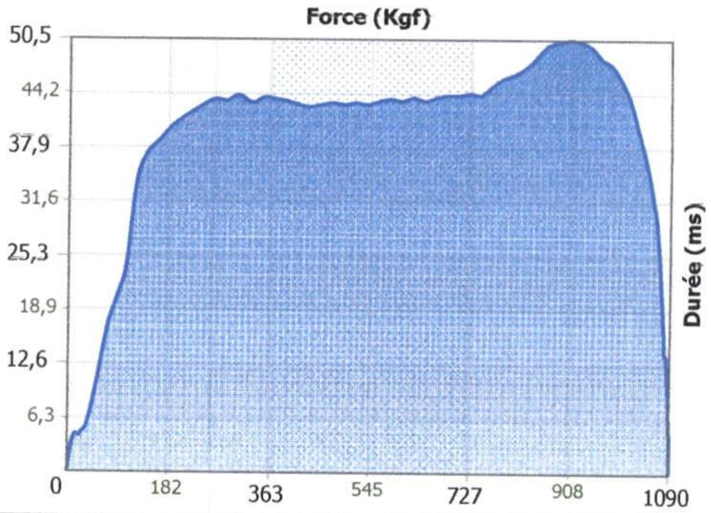
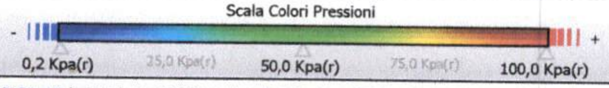

Pressions maximales


Pressions moyennes


Temps de contact


Intégrale Pression/Temps


Temps de contact


Intégrale Pression/Temps