

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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 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

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° P19- 065674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024 Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENOUAR MOHAMED

Date de naissance : 03/10/1969

Adresse : 72, 31 MAZOLA, Rue 1, 1444 HASANIYA

Tél. : 0696090200 Total des frais engagés : 3600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2021

Nom et prénom du malade : BENOUAR AHMED KHILAF Age : 1/02/2012

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 : CASABLANCA

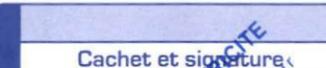
Le : 24/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant de l'acte des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	Facture 24/02/21	12	Séances de psychomotricité	12 x 3000		

3600, 80 plus

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 canaux, ainsi que le bilan d'odontologie.

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE		CœFFICIENT DES TRAVAUX															
		<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		<input type="text"/>	
		H																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>																	
		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>																	
<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>																	
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme Lahlou Loubna

Psychomotricienne D.E.

Diplômée de l'Institut Supérieur de

Rééducation Psychomotrice Paris

- Bilan psychomoteur
- Projet thérapeutique
- Prise en charge psychomotrice



السيدة لولو لبنى

إختصاصية في الترويض النفسي الحركي

خريجة المؤسسة العليا للترويض

النفسي الحركي بباريس - فرنسا

- تقييم نفسي حركي
- مشروع العلاج
- التكفل بالعلاج النفسي الحركي

FACTURE

Casablanca, Le 24/02/2021

Nom du patient : Benouar Ahmed Khalil

Diagnostic : Trouble du comportement

Nature de l'acte	Nombre	Prix unitaire	Montant
Séances de Psychomotricité	12	300,00 MAD	3600,00 MAD
Arrêté la présente facture à la somme de : TROIS MILLE SIX CENT DIRHAMS			TOTAL : 3600,00 MAD

CABINET DE PSYCHOMOTRICITE
LAHLOU LOUBNA
Angle Bd Yacoub El Mansour
et Rue Cadi Bakkaï, Maarif
Casablanca
ICE N° 002278860000014

Coordonnées :



(+212) 6 80 72 30 90



loubna.lahlou@psychomot.com