

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 R. : 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° W19-440211

72185

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04466

Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSY ABDELAZIZ

Date de naissance : 01/02/1963

Adresse : LOT HAMZAN N° 113 SIDI MAAROUF CASA

Tél. : 0668143380 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr A. MOUDEN
Médecine Physique - Podologie
Tél. : 022.27.85.61 / 29.76.97

Date de consultation : 10.05.21

Nom et prénom du malade : RASSY Boucha

Age : 50

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
26 MAI 2021
ACCUEIL
BOUKA

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
10.05.91			300,00	INP : 01/11/3866

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
10.05.91						1200,00

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES TRAVAUX	
		25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



الدكتور عبد الحق مودن Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

Le 10.05.21

RASSY Bouchra

Mre paine des semelles Orthopédiques

Pain Talon

ORTHO PODIATECH S.A.R.L.
RÉS AL MACHRIK 2
Angle Bd. Bourgogne - Rue Jaafa
Bnou Habib - CASABLANCA
Tél. : 0522.27.55.87

Docteur Abdelhak MOUDEN
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca
Tél. 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97
Fax 05 22 20 94 44



CASABLANCA LE 10-05-2021

RASSY BOUCHRA

FACTURE N° 1130

Une paire de semelles orthopédiques au montant de 1200.00dhs

Mille deux cent dirhams

ORTHO PODIATECH - SARL
RÉS. ALMACHRIK 2
Angle Bd Bourgogne et Rue Jap
Bordj Boujarja Casablanca
Tél : 0522222222

ICE 000026780000075

ORTHOPODIATECH - sarl

Ang. bd Bourgogne et Rue Ibn Habib , Rés. AlMachrik 2, (en face de la BMCI) Bourgogne - Casablanca - Maroc

☎ +212 5 22 27 85 67 - ☎ +212 6 49 01 40 07

RC : 111349 - IF : 1005388 - Patente : 35602099

🌐 www.orthopodiatech.ma 📷 [orthopodiatech](https://www.instagram.com/orthopodiatech)

ICE : 0000 2678 00000 75

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 10/05/2011

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 04466	e-mail : arassy@royalairmaroc.com Phones : 0668 14 3380
Nom et Prénom de l'adhérent : RASSY ABDEL AZIZ	
Nom et Prénom du bénéficiaire : RASSY BOUCHRA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : <i>Dr A. MOUDEN</i>	
Nécessite : <i>Semelle orthopé di qu</i>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :	
Une hospitalisation de (approximatif) :	
A (préciser l'établissement hospitalier) :	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
<i>taliberg 2 neessite Semelle</i>	
<i>orthopé di qu</i>	
Cachet, date et signature du praticien	<i>Dr A. MOUDEN</i> Médecine Physique Podologie Tél : 022.27.85.61 / 29.76.97
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.