

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, parodontologie 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-570680

81189

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1435 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAK-HAL Mohamed

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : n° 84 lot Saada - Méharq - Darraledj

Tél : 05 24 43 24 83 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Darraledj Le : 27/08/2021

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Mr. ALFEDDY Hasson
 Masseur - Kinésithérapeute
 Autorisation S.G. 1262
 Rue Liberté Im My Toussef, 1er Etage
 28 Morroch Gueliz Tel 024 43 15 95
 GSM 052 15 41 64 Patente 45105610

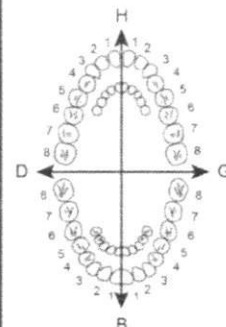
27 AOUT 2021

*Annué + Annuel 2 + IR + US
 x 10 séances de rééducation
 fonctionnelle*

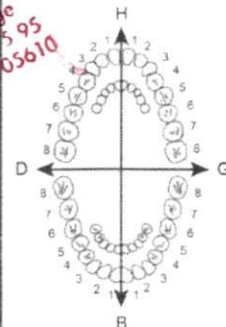
Mr. ALFEDDY Hasson
 Masseur - Kinésithérapeute
 Autorisation S.G. 1262
 Rue Liberté Im My Toussef, 1er Etage
 28 Morroch Gueliz Tel 024 43 15 95
 GSM 052 15 41 64 Patente 45105610

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT 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'EXECUTION

Mr Mohamed TAKHAL
n° 84 lot. Saada. Ménora
Marrakech.
matricule 1435

Marrakech le 30/08/
2021

Madame,

Je vous prie de trouver ci-joint
la facture concernant des séances de
kinésithérapie dont l'accord m'a été
donné par téléphone le 23 Août 2021
par Madame Soukeina.

Cordialement



حسن الفضي
اختصاصي في العلاج الفيزيائي و الترويض الطبي
معالجة الروماتيزم المزمن
آلام الظهر والعنق
تصلب المفاصل و التصاقها
الترويض بعد علاج كسر العظام
أمراض الشلل
أمراض الصدر والجهاز التنفسي
خريج كلية الطب بتونس

27 AOÛT 2021

NOM : LAK - HAL
PRENOM : Mohamed
TRAITEMENT : Amalg + Amalg + IR + US + 10 séances de rééducation fonctionnelle
NOMBRE DE SEANCES : 10 séances
PRIX D'UNE SEANCE : 150 DH
PRIX TOTAL : 1500 DH (mille cinq cent DH)
NUMERO DE PATENTE : 45105610
ICE : 001710140000063 / IF : 68976125

Mr. ALFEDDY Hassan
Masseur - Kinésithérapeute
 Autorisation 5.G 1262
 Rue Liberté, Im. My Youssef, 1er Etage
 28 Marrakech Gueliz Tel 024 43 15 95
 GSM 062 15 41 64 Patente 45105610

E- mail: hassan.elfeddy@gmail.com