

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 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° W21-644219

79697

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8327 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHEL FOUAD

Date de naissance : 20/11/1962

Adresse : SIESTA MOHAMMADIA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOGRABIT Keltouj 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 : Le : 15/09/2012

Signature de l'adhérent(e) :

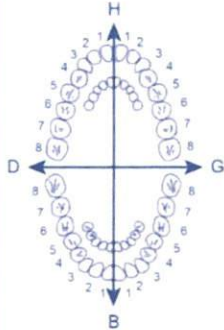
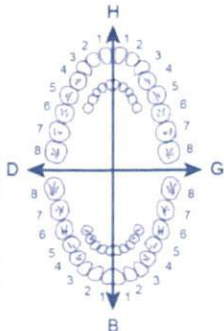
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de Kinésithérapie ADOHA



AMRIBET Asmaâ

Kinésithérapeute - Physiothérapie

- .Rééducation Réadaptation Fonctionnelle
- .Rééducation Périnéale
- .Kinésithérapie Respiratoire
- .Drainage Lymphatique
- .Gymnastique Médicale

Casablanca Le :

7/9/21

Calendrier des séances:

1^{ère} séance : 15/8/21
2^{ème} : 17/8/21
3^{ème} : 19/8/21
4^{ème} : 20/8/21
5^{ème} : 23/8/21
6^{ème} : 25/8/21
7^{ème} : 27/8/21
8^{ème} : 28/8/21
9^{ème} : 30/8/21
10^{ème} : 2/9/21
11^{ème} : 4/9/21
12^{ème} : 7/9/21

Centre de Kinésithérapie ADOHA
Bd Beausite Résidence doha 1 Imm A55
Rez de chaussé N° 4 Ain Sebaa - Casablanca
Tél : 05 22 35 11 47 - Gsm : 06 61 65 15 32

Centre de Kinésithérapie ADOHA



AMRIBET Asmaâ
Kinésithérapeute - Physiothérapie

- Rééducation Réadaptation Fonctionnelle
- Rééducation Périnéale
- Kinésithérapie Respiratoire
- Drainage Lymphatique
- Gymnastique Médicale

Casablanca Le : 7/9/21

Facture N° : 158/21

Nom et prénom : M^{me} Hourabit Keltoun

Diagnostic : NCB

Pour : 12 séances de rééducation foulée

Sur ordonnance du Dr : RIANI

Soit :

12 séances x

120 dhs = 1440 dhs

Arrêter la présente facture à la somme de

dhs.

mille quatre cent quarante

Centre de Kinésithérapie ADOHA
Bd Beaussite Résidence doha 1 Imm A55
Rez de Chaussée N° 4 Ain Sebaa - Casablanca
Tél : 05 22 35 11 47 - Gsm : 06 61 65 15 32

Bd. Beaussite Résidence ADOHA 1, Imm A55, Rez de chaussé N° 4 Ain Sebaa. (En Face De METRO Ain Sebaa). Casablanca

Tél. : 05 22 35 11 47 - GSM : 06 61 65 15 32 - E-mail : aamribet@gmail.com

RC:174679 - Patente:30390287 - IF:1681931 - CNSS:7679147

RC: 00217 6550000 60