

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

- 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°

84092

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10220 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : E2-244AF Rachid

Date de naissance : 01/10/1971

Adresse :

Tél. : 0666 28 30 25

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-422663

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	04/10/2011	AM 178				15 ex 8 = 1209,00
	13/09/2011					
	01/10/2011					

VOLET ADHERENT

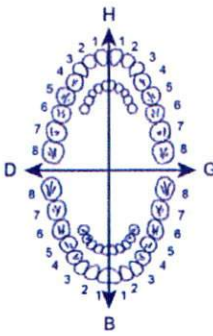
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>

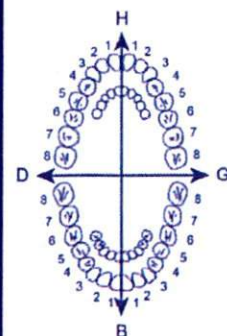
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Docteur Abdelghani Aboutika

Orthopédiste-Traumatologue

Diplômé de la faculté de médecine de Brest-France

Ancien Attaché aux Hôpitaux de Brest

Microchirurgie de la main

Arthroscopie

Dr Ezzahed Retime - Ezzahed

Casablanca, le 09 SEPT 2021...

..... *68* Séances de rééducation fonctionnelle

(Proprioceptive) pour *la nuque*

Massage physiothérapie ~~mobilité~~.

Diagnostic : *artérite*

Centre de Kinésithérapie Panoramique
S.A. 1234
200, Bd. Panoramique 123 Panoramique
Casablanca, Maroc - Casablanca
Tél : 05 22 59 58 35

Docteur Abdelghani Aboutika
Orthopédiste - Traumatologue
Av. 10 Mars, Place de la Préfecture
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 59 58 35

Avenue 10 Mars-Place de la préfecture-Centre Médical Sidi Othmane 1^{er} étage

Tél : 05.22.59.58.35

CENTRE DE KINESITHERAPIE PANORAMIQUE. S.A.R.L A.U

Casablanca, le 04/10/2021

Facture N°021021

Centre de Kinesitherapie Panoramique
S.A.R.L A.U
203 Bd Panoramique, Rés Panoramique
3eme étage, N° 36 - CASABLANCA
Tél. : 05 22 87 40 06

Nom et Prénom du malade : M^{me} CHAABAOUI Fatima-Zahra

Nature de la maladie : Tonicité

Médecin prescripteur : Dr. ASOUTIKA

Date de début des séances : 13/09/2021

Date de la fin des séances : 01/10/2021

Nombre de séances : 8 séances à raison de 3 séances par semaine

Coût de la séance : 150,00 DH

Total : 1200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cents dirhams

Centre de Kinesitherapie Panoramique
S.A.R.L A.U
203 Bd Panoramique, Rés Panoramique
3eme étage, N° 36 - CASABLANCA
Tél. : 05 22 87 40 06

203, Bd panoramique, résidence panoramique II, 3^{ème} étage, Appt.N°36- Casablanca.

Tél. : 05 22 87 40 06

R.C: 253099 – Patente: 37979570- IF: 40468202 – CNSS: 9105992

ICE: 000198783000063

CENTRE DE KINESITHERAPIE PANORAMIQUE. S.A.R.L A.U

Casablanca, le

04/10/2021

Nom et prénom :

F. CHAABAOU Fatima-Zehra

Calendrier des séances de rééducation :

08 séances à raison de 3 séances par semaine.

Numéro de séance	Dates des séances
1	13/09/2021
2	15/09/2021
3	17/09/2021
4	20/09/2021
5	22/09/2021
6	24/09/2021
7	28/09/2021
8	01/10/2021

Centre de Kinésithérapie Panoramique
S.A.R.L A.U
203, Bd. Panoramique, Rés. Panoramique
3ème étage, N° 36 - CASABLANCA
Tél. : 05 22 87 40 06

203, Bd panoramique, résidence panoramique II, 3^{ème} étage, Appt. N° 36- Casablanca.

Tél. : 05 22 87 40 06