

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° W19-470728

104744

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3908 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUD, ADIL

Date de naissance : 11/05/69

Adresse :

Tél : 06 614 433 57 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : Adil Messaoudi

Age : 52 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Neuralgie cervico-brachiale

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 : 21/02/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Centre Hospitalier NOOR
D. MOUNA BELLOUK
Médecin Spécialiste
NP: 090006206

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
61 14 21	Soins Hospitaliers de Rééducation et de Réadaptation		200,-	INP Dr. MOUNA BELLOU Médecin Spécialiste INP-09000620

CAISSE

[illegible]

ANALYSE	
e du biologie	Date

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIA	
ure	Date des Soins

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows the 28 Lunar Mansions arranged in four groups of seven, each associated with a cardinal direction and a number 1 through 7. The groups are labeled H (top), R (bottom), D (left), and C (right).

- Group H (Top):** 1. 斗 (Dǒu), 2. 牛 (Niú), 3. 女 (Nǚ), 4. 虚 (Xū), 5. 危 (Wēi), 6. 室 (Shì), 7. 壁 (Bì).
- Group R (Bottom):** 1. 奎 (Kuī), 2. 胃 (Wèi), 3. 昂 (Áng), 4. 毕 (Bì), 5. 参 (Cān), 6. 井 (Jǐng), 7. 鬼 (Guǐ).
- Group D (Left):** 1. 井 (Jǐng), 2. 鬼 (Guǐ), 3. 参 (Cān), 4. 昂 (Áng), 5. 毕 (Bì), 6. 胃 (Wèi), 7. 奎 (Kuī).
- Group C (Right):** 1. 斗 (Dǒu), 2. 牛 (Niú), 3. 女 (Nǚ), 4. 虚 (Xū), 5. 危 (Wēi), 6. 室 (Shì), 7. 壁 (Bì).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Hospitalier Noor

مركز المستشفى نور



CENTRE NOOR DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION KHAOUBIGA

مركز نور للتأهيل والتأهيل الحركي
بخواربغا

ORDONNANCE

R01 - EN - 08

Nom : Nasseondi N° de dossier : _____
Prénom : Adil

Kine: 10 séances

03/02

- Suites de NC B résolutive
- Massage de contractant.
- Etirement des trapèzes, chaînes postérieures, scapulaires.
- Renforcement bi-latéral des muscles du cou.

CENTRE HOSPITALIER NOOR
Dr. MOUNA BELLOUK
Médecin Spécialiste
INP: 090006206

Casablanca, le:

21/12/2021





CENTRE HOSPITALIER NOOR
المركز الإستشفائي نور للترويض CASABLANCA

REÇU DE PAIEMENT N° 104672

S05-EN-42

Nom/Prénom Patient	N° du Dossier
MESSEOUDI ADIL	17944

RECU N°	201142
------------	--------

BP. DHS	200,00
---------	--------

Reçu la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS

De Mr / Mme :

En règlement de : CONSULTATION SPECIALISEE

Fait à Bouskoura le

01/12/2021

CENTRE HOSPITALIER NOOR
Signature et Cachet du Caissier
de Rééducation et de Réadaptation

CAISSE

Signature du Payant

