

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-669523

voir avec le
dés.

95970

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 6025 Société : R.P.V.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TOUAI BOUCHOU

Date de naissance : 15/12/1967

Adresse : propriété el HANZAH proprié chahoulate
Rohammedio

Tél. : 06 61 19 86 9 Total des frais engagés : 3000, / 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 : _____

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

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

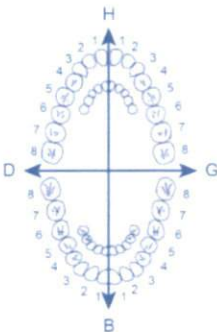
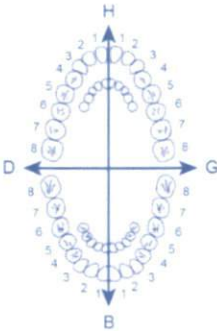
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	Facture		15 Séances			2000.00
	Du 03.07.2022 au 21.02.2023		17M 10 x 6/2			<u>9.15</u> 3000.00

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 canalaires, 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"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mohammedia le:21-FEV-2022

FACTURE

ICE N°
001676133000050
IF: 15180190

NOM PATIENT: Mme. TOUMI BOUCHRA.

PRESCRIPTEUR : Dr. BOUAZZAOUI.

NATURE DE MALADIE : Gonarthrose bilatérale.

SOINS PROPOSES : 15 séances de AMM10+6/2

Electrostimulation, US, Massage, et Rééducation
Fonctionnelle des deux genoux.

DATES : du 03 / 01 / 2022 au 21 /02 / 2022

TARIF UNITAIRE : 200 Dh

TOTAL : 200 x 15 soit 3000 Dh

« TROIS MILLE DIRHAMS »

Avec mes remerciements

Asmaa LAHLOU-HASSAR
Kinésithérapeute
Parc Plaza 1, Immeuble E2 Etage 2 Bureau N° 4
Mohammedia - Maroc - Tél: 0523 30 02 04

	Jour	Date		Heure
1°	Rend.	03	01	16h
2°	Jend.	06	01	16h
3°	Rend.	10	01	16h
4°	Jend.	13	01	16h
5°	Rend.	17	01	16h
6°	Jend.	20	01	16h
7°	Rend.	24	01	17h
8°	Jend.	27	01	17h
9°	Rend.	31	01	16h
10°	Jend.	03	02	17h

LES RENDEZ-VOUS INOBSERVES SERONT DUS

	Jour	Date		Heure
11°	Rend.	07	02	17h
12°	Jend.	10	02	17h
13°	Rend.	14	02	17h
14°	Jend.	17	02	17h
15°	Rend.	21	02	16h
16°				
17°				
18°				
19°				
20°				

LES RENDEZ-VOUS INOBSERVES SERONT DUS

Rééducation Uro-gynécologique

Rééducation Post-traumatique

Préparation à l'accouchement

Drainage Lymphatique Vodder

Psychomotricité

Pressothérapie

Amincissement



Asmaa LAHLOU-HASSAR
Espritkiné Kinésithérapeute

Parc Plaza 1, Imm. E2 Etage 2 Bureau N° 4
Mohammedia - Maroc - Tél: 0523 30 02 04

RENDEZ-VOUS

M. e Taoum Bencha

Asmaa LAHLOU-HASSAR
Kinésithérapeute

Parc Plaza 1, Immeuble E2 Etage 2, Bureau N°4
28800 Mohammedia - Maroc
Tél. 05 23 30 02 04 - Email : espritkine@menara.ma