

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-680612



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

722

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAAD

Date de naissance :

14/05/1959

Adresse :

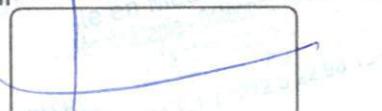
29 Rue bab Danchar Hely El Hara
CASABLANCA

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/02/2022

Nom et prénom du malade :

SAADOUssi Nadiouss

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tendinopathie Genou Gauche

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 :

Casablanca

Le : 21/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

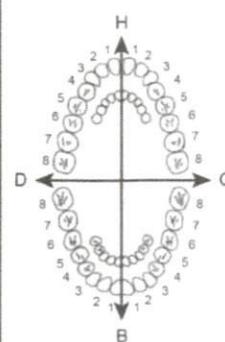
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUNIA SABRI

Spécialiste en Médecine du Sport

Diplômée des Universités de Paris

- D.U de Nutrition clinique et thérapeutique
Université Paris Diderot

- D.I.U de Mésothérapie
Université Pierre et Marie Curie

- D.I.U de Médecine Manuelle-Ostéopathie
Université Paris Descartes

- D.I.U d'Échographie générale et musculo-squelettique
Université Paris Descartes

- D.U d'Anglais médical
Université Paris Diderot

د. مونية صبري

اختصاصية في الطب الرياضي

خريجة جامعات باريس

- التغذية (علاج السمنة - أمراض الغدد..)

- العلاج بالحقن الجلدية (الآلام- التجميل)

- الطب اليدوي (علاج آلام الظهر - العنق و المفاصل)

- الفحص بالصدى (للهيكل العظمي - العضلات

- الوتر و جميع الأعضاء)

- العلاج بالليزر عالي الكثافة

- العلاج بموجات الصدمة

MEMBRE DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES DE :

Nutrition / Mésothérapie / Médecine du Sport / Médecine Manuelle - Orthopédique et Ostéopathique / Imagerie Musulo-squelettique

Mr - Mme : Sanaa Sabri

Le : 21/10/2022

Test d'échot. cardiologique .
+ échographie de stéréo
- déterminer Td du rythme de la
cardio ou tensionnel .
At leffort cepage max -
Fc max.

