

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° M21- 071639

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8190 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : FASSI F. H. R. HASSAN

Date de naissance : 28/05/62

Adresse : 46 RUE ATLAS CIL CASA

Tél. : 066196205 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDOUCACH Hassan
Rhumatologue Médecin du Sport
10, Avenue des F.A.R Appt. 302, Casablanca
Tél: 0522 27 81 81 - 0522 27 77 00
INPE: 091077669

Date de consultation : 06 / 12 / 22

Nom et prénom du malade : FASSI F. H. R. Hassan Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) : ACCUEIL

[illegible][illegible][illegible]

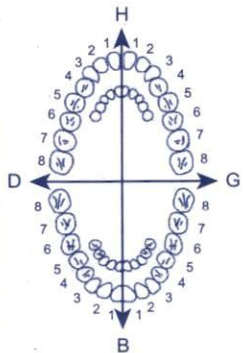
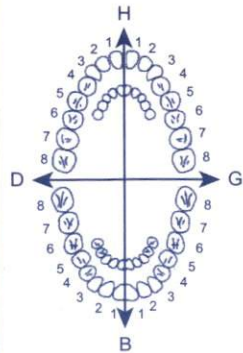
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IV	
<p><i>20-11-85</i></p> <p><i>72, Place de la Division Casablanca</i></p> <p><i>Etg. RDC - Casis - 98 32 85</i></p> <p><i>Tel: 05 22 98 32 85</i></p>	<p><i>22</i></p> <p><i>1500dh</i></p>	<p><i>1500dh</i></p>	<p><i>1500dh</i></p>	<p><i>1500dh</i></p>	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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									
				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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور حسن إدشاش

Docteur Hassan IDOUCACH

RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes, (FRANCE)

Ancien médecin au C.H.U. de Nantes

Ancien Rhumatologue à l'hôpital militaire Avicenne (Marrakech)

خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بنانت

اختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

Specialiste des :

- Rhumatismes
- Maladies des OS et articulations
- Maladies des muscles
- Maladies de la colonne vertébrale
- Podologie

اختصاصي في:

- الروماتيزم
- العظام و المفاصل
- الجهاز العضلي
- العمود الفقري
- أمراض الرجل

فريق الكينيثيرابي

Casablanca, le

06/11/22

FAGH FICHI HANAN

Daif - ne veut le droit de

- rouge
- ultra

3 kass / kass

CENTRE LAGHZAOU

Kinés et Bien-Etre

72, Place de la Division Leclerc

Etg. RDC - Océas - Casablanca

Tel : 05 22 98 32 85

Dr. IDOUCACH Hassan
Rhumatologue Médecin du Sport
10, Avenue des F.A.R Appt. 302, Casablanca
Tél: 0522 27 81 81 - 0522 27 77 00
MRE 051077669

Centre LAGHZAOU

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT RELAXATION

Casablanca, le 20.1.23

FACTURE

Concernant : M Fam Fehri Hassan

Mme AMINA LAGHZAOU vous présente ses compliments et vous prie de

Trouver ci-dessous sa facture pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

Rubrique	code	Nbr U.	P.U	Total
10 Séance rééducation	AMM 9+5/2	10 x 150	= 1500	DH

TOTAL DEVIS : = 1500 DH

Arrêté le présent facture à la somme de mille cinq cent dix

calendrier seances:

- 26.12.22
- 29.12.22
- 2.1.23
- 4.1.23
- 6.1.23
- 9.1.23

CENTRE LAGHZAOU
Kiné et Bien-Être
72, Place de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 98 32 85

CENTRE LAGHZAOU
Kiné et Bien-Être
72, Place de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 98 32 85

CENTRE LAGHZAOU - 72 Place de la Division Leclerc - Oasis-CASABLANCA

Tel : 0522983285 / GSM : 0606445737 - RC269863 - CNSS : 9304388 - Patente : 34891173-ICE : 000160843000026