

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 ALQ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-788556

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8871 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERKAOUI Amina

Date de naissance : 16/06/11

Adresse :

Tél. : 0661 215748 Total des frais engagés : 2100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur A. REFASS
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE
Tél : 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98

Date de consultation : 27 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : BRUSSELIAM Jant Age :

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

Nature de la maladie : ILMI

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 : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
07 JUN 2023	S		2000	

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	
	06.06.23					17000
	<i>Prise de Soins de l'orthopédie</i>					

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

CHERKAOUI AMINA

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Envoyé: mardi 27 juin 2023 12:16
À: CHERKAOUI AMINA
Objet: acc

Bonjour .

N° Dossier: 166611 
N° Dossier externe: ACC-08871-27/06/2023
Type de dossier: Autres ▼
Bénéficiaire: BOUSSELHAM JAD
Situation: Notifié ▼
Sous-situation: --- ▼
Date de début: 27-06-2023 
Date de fin: 27-06-2023 
Date de saisie: 27-06-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
27-06-2023	Manuel	OK PEC SEMELLES ORTHOP



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

07 JUIN 2023

BOUSSELIAM JAD

Talonne de 12 mm pour
pico' gauche.

Mouna BEN MOHAMED
PODIOLOGUE
4. Rue Al-Kasbar - Casablanca
Tél. : 05 22 99 17 97

Professeur A. REFASS
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE
Tél. : 0522 94 20 00 - 0522 25 95 08
00063 - INPE 0522

Cabinet : 56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis- 5ème étage - Casablanca
Tél. : 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

Clinique Atfal : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028



Semelles Orthopédiques
Pédicure Médicale
Traitement laser
Posturologie

Mouna Ben Mokhtar-Oechsel
PODOLOGUE
Diplômée de L'EFOM Paris

Casablanca, le: 23.06.23

JAD BOUSSELHAM

Honoraires

1 paire de Semelles

orthopédiques

1700, DH

Mouna Ben Mokhtar-Oechsel
PODOLOGUE

4, Rue Al Kassar Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 17 97

4, Rue Al Kassar - Maârif - Casablanca

Tél: +212 5 22 99 17 97

Email: podologiebenmokhtar@gmail.com