

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

190961

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032595

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMEN NN BRAHIM

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : N°14 lot ouled haren Hay Mly Rachid 1

Casablanca

Tél. : 0664-94-12-31 Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

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

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

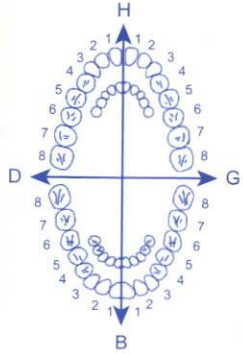
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	06/12/13					181 100 DH
	15/12/13					1800 DH

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		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 15/01/2024... الدار البيضاء, في

Facture N°: 003/2024

Nom : MOUMEN Brahim

Nature de la maladie : Dérèglement de l'épaule St

Type et siège : Rééducation de l'épaule St

Nombre total des séances : 18 Séances

Rythme et fréquence : 3 fois / semaine

18... Séances de rééducation, massages et électrothérapie.

4749 + 3/2 au 06/12/2023 au 15/01/24

18... Séances x 100,00 = 1800,00 Dhs

Facture arrêtée à la somme de : Mill huit Cent dix

Mme Nadia CHMICH
KINESITHERAPEUTE D.E
Rés. Al Mouahidine Im. 309
N°2, Casa - Tél: 0522 66 57 38
INPE: 065036667

ORDONNANCE

Mr Nourou Brahimi

Rééducation de l'épaule

1 séance x 3/sem x 6 sem.

soit 18 séances.

Mme ZOHRA LAADRAOUI
KINÉSITHÉRAPEUTE D.E
Aes. Al Mouassatine bmm.309
N°1, Casa. Tél: 0522 66 57 38
INPE: 065036683

Dr. D. BOUMEN
Chirurgie ORTHOPÉDIQUE
Chirurgie ARTHROSCOPIQUE
22, Rue Nourou Mahfoud Gauthier
41

185

Date	Date	Date
06/12/23		
08/12/23		
12/12/23		
14/12/23		
16/12/23		
19/12/23		
21/12/23		
23/12/23		
26/12/23		
28/12/23		
30/12/23		
02/01/24		
04/01/24		
06/01/24		
08/01/24		
10/01/24		
12/01/24		
15/01/24		

MÉNÉSITHÉRAPIE
 MICROTHÉRAPIE
 OU ALIHDINE
 Dr. Mouahidine Imen.309
 Casa - Tel: 0522 66 57 38

الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين
Kinesithérapie Electrothérapie Al Mouahidine

M^{me} Nadia CHMICA
KINESITHERAPEUTE D.E



نادية شميصة
دبلوم الدولة في الترويض الطبي

BULLETEIN DE TRAITEMENT

Non et prénom : *Moumen Boulou*
Diagnostic : *Rachisme de l'épine dorsale*
Médecin Traitant : *D^r COHEN*