

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

- Reclamation : 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.

5/12/23
190961

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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032595

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1667 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUHSEN BRAHIM

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : N°16 lot ouled hanen Hay Mly Rachid

... Casablanca

Tél. : 0664-96-12-31 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) :



RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Mme Nadia CHAIB KINESTHÉRAPEUTE RUE EL HADJ Mouloud 1mm 55 INPE: 065036667</i>	<i>du 06/12/17 au 06/12/17 15/10/17</i>	<i>1</i>				<i>18x100 Dhs = 1800 Dhs.</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

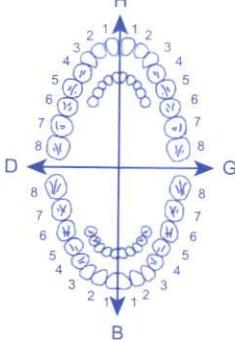
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
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

Kinesithérapie Electrothérapie Al Mouahidine

الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين



Nadia CHMICHA

نادية شميشة

KINESITHERAPEUTE D.E

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

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

Facture N°: 003/2024

Nom : MOUHSEN Brahim

Nature de la maladie : Raideur de l'épaule droite

Type et siège : Rééducation de l'épaule droite

Nombre total des séances : 18 Séances

Rythme et fréquence : 3 fois / Semaine

18 Séances de rééducation, massages et électrothérapie.

1449 + 3 / 2 du 06/12/2023 au 15/01/24

18 Séances x 100,00 = 1998,00 Dhs

Facture arrêtée à la somme de : Mille huit cent dirhams

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

Imm. 309, Bd de la Grande Ceinture, N° 2, Résidence Al Mouahidine, Casablanca
Email: chmichanadia55@gmail.com Fixe: 0522665738 GSM: 0661181791

Patente: 31836527 IF: 48036650 CNSS: 6598702

ICE: 001674489000012 INPE: 065036667

Casablanca, le : 13/11/2023

ORDONNANCE

Mr Noureddine Brahim

Rééducation de l'épaule

1 séance x 31 sem x 6 sem.

soit 18 séances.

Dr D COHEN
Chirurgie OSSEOPARTICULAIRE
Chirurgie ARTHROSCOPIQUE
22, Rue Nabi Mahfoud Gauthier

Mme ZOHRA LAADRAOUI
KINÉSITHÉRAPEUTE D.E
Acs. Ambulatoire imm. 309
N°1, Casablanca Tel: 0522 66 57 38
INPE: 065036683

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		

VISITE A PIE
ROUTE A PIE
Mouahidine
Casa - Tel: 0522 66 57 28

الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين
Kinesithérapie Electrothérapie Al Mouahidine

M^{me} Nadia CHMICHA

KINESITHERAPEUTE D.E



نادي شميسة

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

BULLETEIN DE TRAITEMENT

Non et prénom

: HOUHÈN Brahim

Diagnostic

: Reïndam de l'plantaire

Médecin Traitant

: Dr COHEN.