

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 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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-729693

762833

MUPRAS

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

Autre :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAOUIFIK Amine!
Chirurgienne Orthopédiste - Traumatologie
Angle Boulevard Abdelmoumen-Anoual N°1
Abdelmoumen centre - Casablanca

Date de consultation :

03/05/2022

Nom et prénom du malade :

RIM GAMMOUDI

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Elongation des 3 dernières dents supérieures
2e cause.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

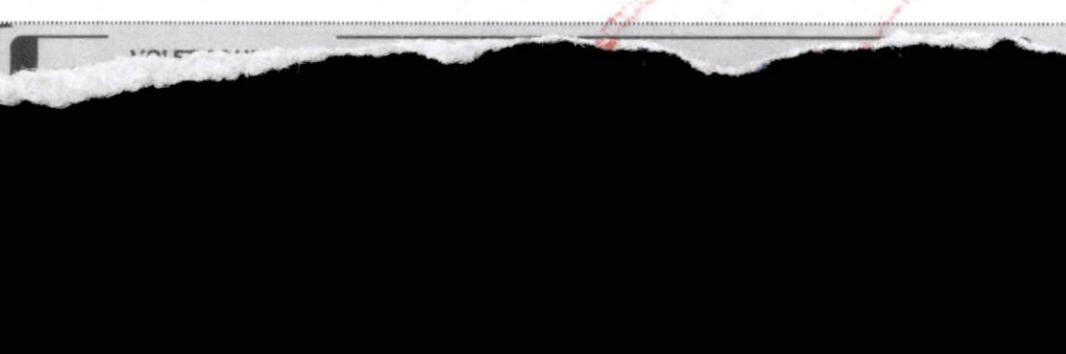
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	13/11/2012					57000,00	

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.

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																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
G																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
					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"/>																



HAMZA BOOUUD

**SPORT PHYSICAL THERAPIST &
HUMAN PERFORMANCE**

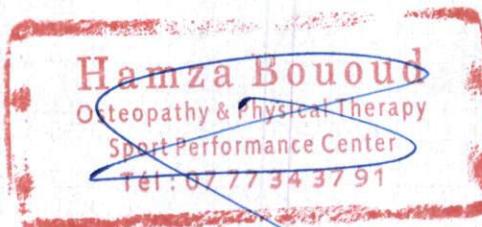
Calendrier des séances

RIM GAMMOUH

LE 13/11/2023

30 Séances de rééducation dans les dates suivantes :

01/06/2023	01/08/2023	04/10/2023
05/06/2023	04/08/2023	11/10/2023
08/06/2023	08/08/2023	14/10/2023
12/06/2023	16/08/2023	23/10/2023
15/06/2023	23/08/2023	26/10/2023
20/06/2023	14/09/2023	30/10/2023
22/06/2023	19/09/2023	03/11/2023
27/06/2023	22/09/2023	07/11/2023
03/07/2023	26/09/2023	10/11/2023
06/07/2023	02/10/2023	13/11/2023



signature

1ER ETAGE , IMMEUBLE 97,RUE NORMANDIE-MAARIF - Casablanca

RC: Casablanca 447172 IF: 50307271

ICE: 002851405000092

Tel :0688676741 Email ; HAMZABOUOUDD@GMAIL.COM



HAMZA BOOUOUD
SPORT PHYSICAL THERAPIST &
HUMAN PERFORMANCE

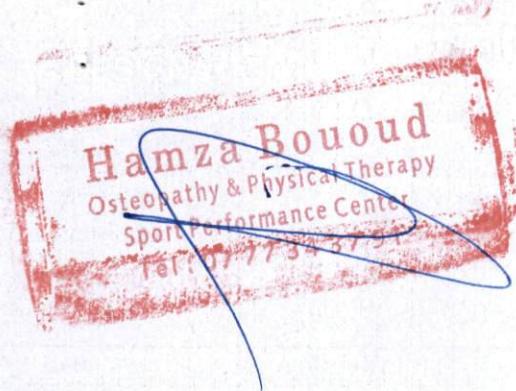
DATE :13/11/2023

FACTURE : N°264/2023

Client:RIM GAMMOUH

DESIGNATION	Nombre de séances	PU	Montant (HT)
Séances de rééducation	30	190,00	5700,00
Total HT			5 700,00
NET A PAYE			5 700,00

Cachet & signature :



1ER ETAGE , IMMEUBLE 97,RUE NORMANDIE-MAARIF - Casablanca
RC: Casablanca 447172 IF: 50307271
ICE: 002851405000092
Tel :0688676741 Email ; HAMZABOUOUDD@GMAIL.COM