

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0049443

187117

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SADOK AHMED

Date de naissance : 27.10.1963

Adresse :

Tél. : 0631428339 Total des frais engagés : \$1800,00 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) :

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

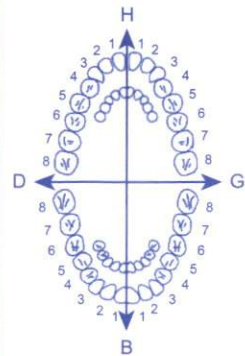
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/01/24	12	AM	M	12	1800 DHS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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.

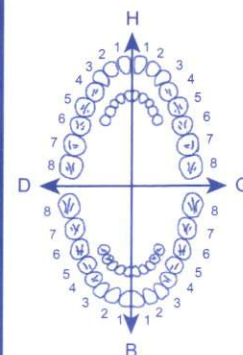
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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

وصفة
ORDONNANCE



12-12-2023

M. JADOK MARRAK

Schmerz Dorsal lombaire

Prescription

- Rofecoxib muscle par vertébraux +
- paracétamol 1000mg

12 jours
3x 1 g
~

Docteur Nabil HAYTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE

CENTRE MOUMTAZ DE KINESITHERAPIE



Le 15/01/2024

FACTURE 003/24

Nom et Prénom : SADOK MALAK

Nombre de séances : 12

Prix unitaire : 150.00 DH

Prix total : 1800.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :


Mille Huit Cent dirhams

Réglée : Chèque BP N 1800019

ASMAA MOUMTAZ
Kinesithérapeute
Lot Al Mostakbal, Imm L 039
GH 06, Appt 02 RDC, Sidi Maarouf
Casablanca
Tél: 05 22 32 12 43

Lot Al mostakbal imm L 039 GH 06, Appt 02 RDC, Sidi Maarouf, Casablanca

Tel: 0522321243/ ICE: 000418720000007/ IF:40421457

N° Dossier: 187117 
N° Dossier externe: ACC-9442-18/12/2023
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: SADOK MALAK
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 18-12-2023 
Date de fin: 18-12-2023 
Date de saisie: 18-12-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
19-12-2023	Manuel	ACC 12 SEANCES KINÉ POUR SCOLIOSE
20-12-2023	Manuel	informé par appel 0678665177

CENTRE MOUMTAZ DE KINESITHERAPIE



Calendrier des séances

N.séance	Date
1	20/12/2023
2	21/12/2023
3	22/12/2023
4	25/12/2023
5	27/12/2023
6	29/12/2023
7	03/01/2024
8	05/01/2024
9	08/01/2024
10	10/01/2024
11	12/01/2024
12	15/01/2024

ASMAA MOUMTAZ
Kinésithérapeute
Lot Al Mostakbal Imm L 039
Appt 02 RDC Sidi Maarouf
Casablanca
Tél: 05 22 32 12 43

Lot Al mostakbal imm L 039 GH 06, Appt 02 RDC, Sidi Maarouf, Casablanca

Tel: 0522321243/ ICE: 000418720000007/ IF/40421457