

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 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier 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

197843

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032594

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMEN Brahim

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : N° 14 Lot ouled Baxess hay Miy Rachid 1.

Casablanca Maroc

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 : Moumen Brahim Age :

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

Nature de la maladie : Rupture de G. yffe

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) :

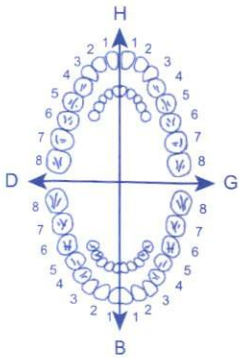

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/02/24	18				1800 DH
						98 x 100 DH

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		
						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><div><div>H</div><div>25533412 00000000</div><div>D</div></div><div><div>21433552 00000000</div><div>00000000 35533411</div><div>B</div></div><div><div>G</div><div>00000000 11433553</div></div></div>				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	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

M. Nouran Brahim:

Rupture de coiffe, lambeau deltôidien
Rééducation de la mobilité active
de l'épaule.

1 séance x 3 /sem x 6 sem.

soit 18 séances.


Dr. COHEN
CHIR. ORTHOPÉD. TRAUMATOLOGIE
22, Rue N. Mahoud Gauthier

Kinesithérapie Electrothérapie Al Mouahidine
الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين



Nadia CHMICHA
نادية شميصة

KINESITHERAPEUTE D.E

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

Casablanca, le 26/02/2024 الدار البيضاء, في

Facture N°: 017/2024

Nom : MOUMEN Brahim

Nature de la maladie : Rupture de Cuff de l'épaule

Type et siège : Rééducation de l'épaule D^{re}

Nombre total des séances : 18 Séances

Rythme et fréquence : 3 f / Semaine

18..... Séances de rééducation, massages et électrothérapie.
4749 + 912 au 19/01/24 au 26/02/24

18..... Séances x 100,00 = 1800,00 Dhs

Facture arrêtée à la somme de : 1 mille huit cent dix

Mme Nadia CHMICH
KINESITHERAPEUTE D.E
Rég. Al Mouahidine Imm. 309
N°2, Casa - 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

Date

Date

Date

19.1.24 19.2.24

20.1.24 21.2.24

22.1.24 23.2.24

24.1.24 26.2.24

28.1.24

29.1.24

31.1.24

2.2.24

5.2.24

7.2.24

9.2.24

12.2.24

14.2.24

16.2.24

SITHERAPIE
FOTHERAPIE
...
Quahidine Imm. 309
Tel: 0332 66 37 38

الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين
Kinésithérapie Electrothérapie Al Mouahidine

KINÉSITHÉRAPIE
ELECTROTHERAPIE
AL MOUAHIDINE
Rés. Al Mouahidine Imm. 309
N°2, Tél. 0522 66 57 38

نادية شميصة

M^{me} Nadia CHMICA

Kinésithérapeute DE

BULLETIN DE TRAITEMENT

Nom et Prénom :

Mouanni Brahi

Diagnostic :

Rupture ligamentaire
épaulle

Médecin Traitement :

Dr COHEN