

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-000484

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 198562
 Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ
 Date de naissance : 01/01/1978
 Adresse : 03, Lotissement Amane 4, Rte Sultana 2 Sidi Mameur
 Casa 3e comm. Ben KHATTAB Casa
 Tél. : Total des frais engagés : 601,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Bader 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

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

[illegible][illegible][illegible]

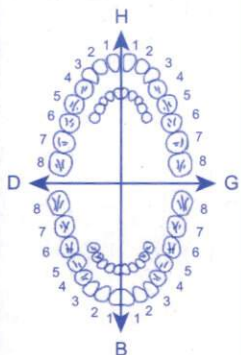
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/02/2024					601,50

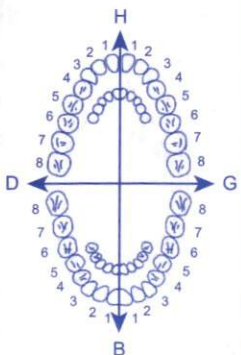
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	D 25533412 00000000 00000000 35533411 H B G 21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

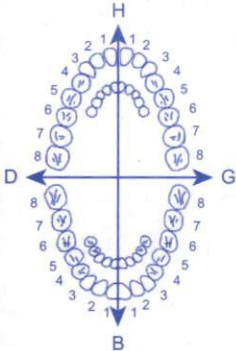
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

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

	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS	
	B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORTHESE - PROTHESE - PODOLOGIE,
Siège social : 3, Rue Hims Appt N° 2 - Rabat - Maroc
Siège Administratif : Angle Av Med VI et AV El Haouz - RABAT - Maroc
Tél: 05-37-63-03-93
Fax: 05-37-63-04-33
Email: orthoprotech@gmail.com

Facture

N° Facture : FC07072024
Patient : 42242
Nom et prénom : LAHYANE RACHIDA
Nom du Payeur : LAHYANE RACHIDA

Orthoprotech : GHANDI
Agent : RAHMOUNE FATIMA EZZAH
Suivi par : FATMA KANOUN
Date : 20/02/2024 11:49

Référence	Désignation	Qté.	P.U. HT	TVA	Total HT
SO02	PAIRE DE SEMELLE ORTHOPEDIQUE "A	1	500,00	20,00 %	500,00
Total HT :					500,00 DHS
Total TVA :					100,00 DHS
Total TTC :					600,00 DHS
Droit Timbre:					1,50 DHS
Net à payer:					601,50 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TTC :

SIX CENT UN DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

ORTHOPROTECH SARL
Orthèse-Prothèse Technologie
Vente aux Particuliers
60, Bd. Ghandi, Quartier Essalam
Casablanca - Tél: 05 22 86 58 03

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

الدكتورة إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (لييج - بلجيكا)
التغذية

Casablanca le:

12/02/2024

MME LAHYANE RACHIDA

semelle sur mesure pieds valgum



ORTHOPROTECH SARL
Orthèse-Protèses-Tecnologie
Vente aux Particuliers
Lot Assafaâ, Quartier Essalam
Casablanca- Tél: 05 22 66 58 03

Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue Nutritionniste
Lot Assafaâ, Quartier Essalam de El Anik
1er étage - Tél: 05 22 50 68 69

شارع القدس , إقامة السكن الأنيق (تجزئة الصفا), عمارة 404, الطابق الأول, رقم 7, عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al qods, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaâ), 1er étage, N ° 7, Ain chok-Casablanca
Tél : 05 22 50 68 69 - Wathssap: 07 67 16 43 83- E-mail: cabinetsehbani@gmail.com