

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.

Éducation :

- 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.

Maladie chronique :

- 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.

Adresses Mails utiles

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

AS : 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



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

ACEOR

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024871

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2407 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAROUACHE Driss Date de naissance : 23/07/2019

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie

Bureau B, N° 258, Rue Mustapha El Maani
Mars Sultan - Casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : 23/07/2019

Nom et prénom du malade : Mr Karouache Driss Age :

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

Nature de la maladie : Lumbago + lésions de la colonne vertébrale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **N° P19- 0024871**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Matricule : 2407

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Date de dépôt :

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
23/07/19			Gratuit	Pr. Abdelkrim El Maani Spécialiste en Traumatologie Orthopédie Bureau N° 1000, M. El Maani Tel: 05 22 22 22 27 Fax: 05 22 22 22 27

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	
23.07.2019.	23.07.19		12	AMMg		22x150 dhs = 1800 dhs mille huit cent dirhams (Devis)

B. EL FILALI Hasnâa
Kinésithérapeute
22 Rue Omar Sjaoui
Mers Sultan - B. RDC
Casa Tél: 05 22 22 22 27
IF : 14413548 - TP : 34200636

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie
Ancien Chef du Service de
Traumatologie et Orthopédie
du Centre Hospitalo-Universitaire
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

الدكتور عبد الكريم العرڭاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل
بالمستشفى الجامعي
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

Casablanca le 28/7/2019 الدار البيضاء

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N° 258, Rue Mustapha El Maani
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 22 33 00 / Fax: 0522 22 33 01

KAROUACHE Dr.

Lumbalgie chronique.
Pd du psg en rapport avec
une fracture du corps vert.

Pratiquer 12 heures
de rééducation du rachis
et du psg : 3 heures par
- physiothérapie
- renforcement musculaire

pour le rachis.

Monsieur /

Pr. Abdelkrim LARGA
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau N° 458 - Rue Mustapha El Maani
Moussoulia - Casablanca
Tél: 0522 22 33 00 / Fax: 0522 22 33 44

RDV
le 05. 09. 2019
à 18h00

23/07/2019

DEVIS

NOM & PRENOM : MR KAROUACH DRISS

ASSURANCE/MUTUELLE : MUPRAS

SOINS : 12 séances de rééducation fonctionnelle

12 x AMM9 = 12 x 150,00dh = 1800,00dh
TOTAL = 1800,00dh

Arrêté le présent devis à la somme de :

MILLE HUIT CENT DIRHAMS

BENABDELKRIM EL FILALI hasnâa
Kinésithérapeute

AMM9 : Acte de rééducation fonctionnelle.
ICE : 002175680000034



B.EL FILALI Hasnâa
Kinésithérapeute
22 Rue Omar Slaoui
Mers Sultan Imm "B" RDC
Casablanca 0522 22 22 27
IF : 14413548 - TP : 34200656