

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-600472

60586

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3263 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HARCHACHE BOUCHAIB
 Date de naissance : 01/10/57
 Adresse : Hay Hassan
 Tél. : 06.4950.41.93 Total des frais engagés : 1802,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2021
 Nom et prénom du malade : M. HARCHACHE BOUCHAIB
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Goutte
 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 : 22/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-600472

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3263
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés : 1802,00
 Date de dépôt : 22/02/2021

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
05/01/20				INP : [Signature]

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05/01/20	X				19 x 150 PH = 1800 DH cristal pour contact

VOLET ADHERENT
* 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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]														
				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			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

عيادة الترويض الطبي و العلاجات الكهربائية الحسني

CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

FKIRA Hassan

Kinésithérapeute Rééducateur

58, Bd. Afghanistan

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 91.16.79



فقيرة حسن
اختصاصي في الترويض الطبي

58، شارع أفغانستان
الحسني - الدار البيضاء
الهاتف : 91.16.79

DEVIS POUR ENTENTE PREALABLE

Nom : HANAN Prénom : Famila Casablanca le, 09/01/21

Employeur -Club :

Date de prescription : 08/01/21

Assurance : mupras

Soins de rééducation au cabinet

Séances (Kinésithérapie): 12 (quingze)

Honoraires : 1800,00 DH

Pressothérapie

Rééducation de Gonalgie

Appareillage (Orthèses, Contentions, Elastoplastes ...)

Intervention sur le terrain

Nature :

Montant

Montant Total :

(1800,00)
(milliers de dirhams)



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

08/01/2021

Je Hassen Jouhar

présente qui me soule
une auto copro de la
la coiffe des Rotateurs

Re :
* Arthroplastie
Articulaires
* Ouch de l'orte
le 08/01/2021



عيادة الترويض الطبي و العلاجات الكهربائية الحسني
CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

BEN FKIRA Hassan

Kinésithérapeute D.E
Rééducation Fonctionnelle
Maladie du Dos
Kinésithérapie du Sport

58 Bd. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 91 16 79

M: *Hamam Jani*

N° Dossier:

LE: *09/01/21 = 1190*

LE: *15/01/21 = 1190*

LE: *11/01/21 = 1193*

LE: *16/01/21 = 1193*

LE: *13/01/21 = 1190*

LE: *18/01/21 = 1193*

LE: 20/01/21 = 119303 LE:

LE: 22/01/21 = 11903 LE:

LE: 23/01/21 = 11903 LE:

LE: 25/01/21 = 11903 LE:

LE: 29/01/21 = 11903 LE:

LE: 02/02/21 = 11903 LE:

LE: 09/02/21 = 11903 LE:

LE: 15/02/21 = 11903 LE:

LE: 19/02/21 = 11903 LE:

INSTITUT DE REEDUCATION FONCTIONNELLE
HAY HASSANI
FKIRA HASSANI KINESITHERAPEUTE
18 Bd. Abdelkader - Hay Hassani
1679 CASABLANCA