

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 5 mois.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W19-422347

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AZIZ ALLAL
 Date de naissance : 1939
 Adresse : 56 Rue Taha ELIHA HAD ARRABIA
 Tél. : CHSA
 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/5/2019
 Nom et prénom du malade : Aziz Allal Age : 87 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Neurologique
 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 : CHSA Le : 26/07/19
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-422347

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 : 293
 Nom de l'adhérent(e) : AZIZ ALLAL
 Total des frais engagés : 800,00 Dhs
 Date de dépôt : 26/07/19

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
25/5/2019	G		Consulte	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [Signature]

[illegible][illegible][illegible]

* 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 : <input type="text"/>																												
				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																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D			B																												
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																												

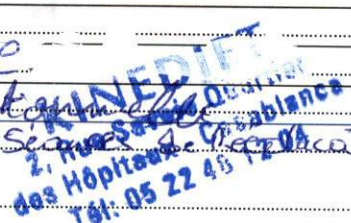
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 25/05/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 293	e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent : AZIZ ALLAL	
Nom et Prénom du bénéficiaire : AZIZ ALLAL	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : M. Allal	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Mr AZIZ ALLAL	
Nécessite : séances de Rééducation fonctionnelle	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 1 4 Séance de Rééducation	
<div style="text-align: right;">  </div>	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

الدكتورة إيمان الحلو

أخصائية في أمراض الدماغ، النخاع الشوكي،
الأعصاب و العضلات (الكبار و الأطفال)

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ، مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض تصلب المتعدد، أمراض الأعصاب و العضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات



Dr Imane LAHLOU
Neurologue

*Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Adulte et enfant*

(Epilepsie, Migraine, Vertiges, Accidents vasculaires cérébraux, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson, Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Electroencéphalogramme (EEG - Vidéo EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le 25/5/2019

n r Aziz Allah

86 ans, HTA, Asclérie de
Parkinson depuis 2001,
qui présente une ataxie.

⇒ Rééducation Motrice
(3 séances / s)

~~No de~~ = 12 séries

DR LATROU IMANE
Maladies du Système Nerveux et du Muscle
Elt. TMC
Elt. Exo2c Vall. Gm
107-92 Andranomanga
Tel: 05 22 22 26

**Centre de kinésithérapie
Nutrition et Amincissement**

Dr. Mariam LAHLOU DADOUN

Kinésithérapeute Nutritionniste

Spécialiste en rééducation

uro-gynécologique de Toulouse

Diplômée de l'université des sciences
et ressources humaines de suisse

Sur rendez-vous

Casablanca, le 25/05/19

Facture n° 41

Nom : AZIZ

Prénom : ALI

Médecin traitant : Dr Imane LAHLOU

Nombre de séances : 4 Séances

Prix / séance : 200 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de 800 dh

KINEDIET
2, Rue Savoie Quartier
des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 48 12 04

2, Rue Savoie, av. 2 Mars quartier des hôpitaux Casablanca

Tél.: 0522.48.12.04 patente n°: 36392260

ICC → 00134842 000 0058