

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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 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

Platage AUA

Déclaration de Maladie

N° P19- 045938

ND-33572

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9900 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : QASIM ABDESSEM

Date de naissance : 04/05/1973

Adresse : RES SABRINE, Apt 2, ALWARI, DULFA

CASA

Tél. : 0661151698 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS RECEPTION

Date de consultation : 17/01/2020

Nom et prénom du malade : QASIM ABDESSEM Age : 47 ans

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

Nature de la maladie : Lombalgie posturale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 7.5.4m 2020

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) :

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
17/01/2020		5	0	

Hôpital Universitaire International Chouk Khelha
Dr. EL FATIMI ABDELLATIF
Médecine physique et réadaptation
091037077

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	
	30/11/20	6	Seance de			909,00

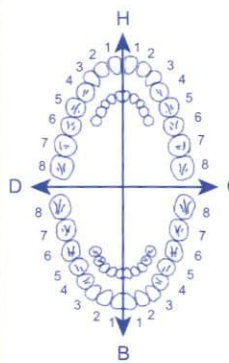
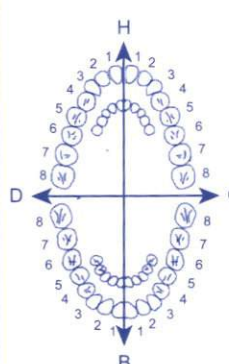
Hôpital Universitaire International Chouk Khelha
Service de rééducation
N° 47 - 090411362

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

File 9900

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 17/01/2020.

Mme QASM Abdelaziz.

Arthralgie bilatérale

→ Renforcement de l'athlétisme.

TENS sur art. h. h. h.

→

06 séances

Pr. EL FATIMI. A
Médecin Physique et Réadaptation
Maîtrise en Rhumatologie
Injection de toxine botulinique
Neuro-orthopédie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

AM/BAH

D E V I S

Date 21/01/2020

N° :200121105408AM

Nom patient : **QASM Abdeslam**

Prise en charge : **PAYANTS**

Traitements **REEDUCATION**

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
- Rééducation neurologique	6		150,00	900,00
			Sous-Total	900,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
NEUF CENTS DIRHAMS

Total devis 900,00

Hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
Service Rééducation
N° INP : 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 14 588 / 2020 du 30/01/2020

Nom patient : QASM ABDESLAM

Entrée 30/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Rééducation pour affections rhumatolog	6,00		150,00	900,00
			Sous-Total	900,00
Total Frais Clinique				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Total 900,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						900,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Service Rééducation
N° INP : 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2001301556037140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000176846	QASM ABDESLAM	30/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1509	900,00
PAYANT	Total payé	900,00
NEUF CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FAT.AAT



