

# 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.

## Diagnostique 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



**Déclaration de Maladie : N° P19-0004222**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11062 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL ABDEL FATH Date de naissance : 19/07/1975

Adresse : Rue TABOUZ, Apt A10, TUNISIE

Tél. : Total des frais engagés : 0021698333186 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/07/2020

Nom et prénom du malade : RACHA ANNA Age : 40

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Bouches Ann Kinésithérapie

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.

Tél: 70 853 162 - 20 366 427  
MP: 1317899 T/A/P/000

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) :

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



# 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

# 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
		A M	P C	I M	I V	
Centre OMAR de Hammam 86, Rue Hédi Nour El Yas Tél: 1317899 162 - 20 361 Fax: 1317899 T	05/02/2020		15	marc, kne	3.5 + 1.5 = 5	450,00

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table> <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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
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



**Dr Jalal HASSOUN**

Traumatologie et Chirurgie Orthopédique

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور جلال حسون  
جراحة العظام و المفاصل  
استاذ سابق بكلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء

## LETTRE DE REEDUCATION

Casablanca, Le : 15/03/2020

Cher Confrère:

Je vous adresse Mr/Mme : RAMCHI Amine

Qui présente : Conflit FP bilatéral

Traité par : \_\_\_\_\_

Pour rééducation fonctionnelle : 2 fusaux

Nbr Séances : 20 séances 31 sem

Observation : Renforcements de vertèbres

intéressés en elongation

Signé : \_\_\_\_\_

42, rue des hôpitaux, Résidence les pleiades R.d.C B2 - Quartier des Hôpitaux - Casablanca

05 22 27 12 69 05 22 27 10 48 www.cabinetdrhassoun.com  
jalal.hassoun@cabinetdrhassoun.com / jhassoune3@yahoo.fr





FICHE

CNAM

Nom : *H<sup>v</sup> Ranchi*

Prénom : *Amma*

Nombre de séances : *15 séances*

Date <i>28/05</i>	Date <i>30/05</i>	Date <i>02/06</i>	Date <i>04/06</i>	Date <i>06/06</i>	Date <i>08/06</i>
Date <i>11/06</i>	Date <i>13/06</i>	Date <i>16/06</i>	Date <i>18/06</i>	Date <i>20/06</i>	Date <i>23/06</i>
Date <i>25/06</i>	Date <i>27/06</i>	Date <i>30/06</i>	Date	Date	Date
Date	Date	Date	Date	Date	Date
Date	Date	Date	Date	Date	Date
Date	Date	Date	Date	Date	Date

*[Signature]*  
Centre OMAR de Kinésithérapie  
86, Rue Hédi Nasser Rés. El Yassamine  
Nasser 2  
Tél : 853 162 - 20 366 425  
MF: 1317899 T / A / P / 000

CENTRE OMAR DE KINESITHERAPIE  
86 RUE HEDI NOUIRA RESIDENCE YASMINE  
2 éme ETAGE ENNACER2  
m.f : 1317899T/A/P/000

Date: 05/07/2020

FACTURE N°

CLIENT : Ramchi Amine

ASSURANCE MUPRAS

Désignations	Quantité	Prix unitaire	Montant
15 Séances : 3 fois par semaines à partir de 28/06/2020 au 30/06/2020	15 séances	30,000 <sup>dh</sup>	450,000 <sup>dh</sup>
Total			450,000 <sup>dh</sup>

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de : quatre cent cinquante dinars

Signature et cachet  
Centre OMAR de Kinésithérapie  
86, Rue Hédi Nouira Rés. El Yasmine  
Nasser 2  
Tél: 70 853 15 20 366 427  
m.f: 1317899 T/A/P/000