

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 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

- 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 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

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

N° P19- 047926

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chebicheb Lamia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0662693351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047926

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
				Montant des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																					
			Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0056669	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 17 / 0056669

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2706	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom CHERICH B LARJA			
Fonction Jeune EBRACH 19	Phones 0661683351		
Mail lamiachetideb@outlook.fr			
MEDECIN Prénom du patient Dr. Amine BITITI Cabinet Médical Santéjum Gynécologie - Infertilité Bordj - Tél : 05 22 11 70 75 7		Date 11/06/2020 Date 1ère visite	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 17		Nature de la maladie Gynéco	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes G + Echo		Nbre de Coefficient 50044	Montant détaillé des honoraires 50044
PHARMACIE Montant de la facture		Date 15 JUN 2020 ACCUEIL	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients 792 K 30		Montant détaillé des Honoraires 1200,00	
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires CACHET	

Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

CASABIANCA, le 11/06/2020

ORDONNANCE

LAMIÀ CHEBICHEB né(e) le 29.08.1962

- Mammographie bilatérale face + Oblique externe +/- Echographie bilatérale de dépistage.

CENTRE DE RADIOLOGIE
ROUDANI
490, Bd Brahim Roudani - Maarif
Tél: 0522 52 21 95 / 0522 52 13 07 / 0522 52 11 10
0522 52 11 07 / 0522 52 13 07 / 0522 52 11 10
aminebititi@gmail.com

Docteur Amine BITITI
Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologue - Infétilité
100, Bd Ibn Sina - Tél: 0522 36 03 03
09117 1557

Date de l'examen : 12/6/20
NOM : CHEB, CHEB LANIA
Date de naissance ou Age : 57 ans
Médecin Traitant :

Date des dernières règles :
Nbre d'enfants : 3

Ménopause : Oui ☒ Non ☐

Traitement Hormonal : Oui ☐ Non ☐

ATCD personnels de maladie du sein : RAS

ATCD FM de cancer du sein : Non ☒ Oui ☐

Degré de parenté :

Mammographie antérieure : Non ☐ Oui ☒ date :

Résumé aux médecins

Clinique : Nodule ☐ Autre :

Mastodynies ☐

Écoulement ☐

Mammo remarque

in du traitement : / /



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 12/06/2020

FACTURE N° : FA:00 4565/20
Nom : CHEBICHEB LAMIA
EP. IBRAHIMI

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE 300,00 Dhs
MAMMO-TOMOSYNTHESE 900,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement VIREMENT

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani
20.100 - Casablanca Maarif
Tél: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 07 / 0522 23 50 70 - Fax: 0522 25 13 04
05.22.25.13.07 / 05.22.23.50.70 - Email: c.roudani@hotmail.fr