

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



ND:28849

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2706 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Chebik Chebik LAMIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 16 933 51 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
 DROITE: 11, 21, 12, 22, 13, 23, 14, 24, 15, 25, 16, 26, 17, 27, 18, 28 HAUT: 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32 BAS: 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42				
Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
 DROITE: 11, 21, 12, 22, 13, 23, 14, 24, 15, 25, 16, 26, 17, 27, 18, 28 HAUT: 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32 BAS: 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
		D 00000000	G 00000000	
		D 35533411	G 11433553	
(Création, Remont, adjonction) <small>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>				
Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution				

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
---	--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 0056669		
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2706	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom CHABICHEB LAOUA			
Fonction Jeune IBRAHIM		Phones 0661683351	
Mail Louia.achet@yahoo.fr		BITI	
MEDECIN	Prénom du patient Dr. Amine	Cabinet Médical Santé Infertilité Gynécologie Sina Tél 0522 21 03 03	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Age 1170753	
Nature de la maladie		Date 11/06/2010	
		Date 1ère visite	
		Gynéc	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Gynéco			
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
		ACCUEIL	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 12/06/2010	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
282 F 30	1200,00		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV

CACHET

CENTRE DE RADIOPATHOLOGIE
 400, Bd Roudani Casablanca - Maârif
 13071 Casablanca - Maroc
 t. 03 22 23 30 70 - fax 05 22 23 39 08
 mail r.roudani@hollymail.ma

Docteur Amine BITTI

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

LAMIA CHEBICHEB né(e) le 29.08.1962

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

CENTRE JE ROUDANI Gynécologie & TIC
490, Bd Sidi Shihab Roudani - Maârif
Tél: 0522 522 525 / 0522 522 526
Fax: 0522 522 527 / 0522 522 528
Email: aminebititi@gmail.com

Docteur Amine BITTI

Dr. Amine BITTI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologue Interniste
100, Boulevard Ibn Sina - Tel: 0522 36 03 03
0911 71 22 22

Date de l'examen : 12/6/20

NOM : CHABBI CHABBI LANIA

Date de naissance ou Age : 5 Jan

Médecin Traitant :

Date des dernières règles :

Nbre d'enfants : 3

Ménopause : Oui Non

Traitement Hormonal : Oui Non

ITCD personnels de maladie du sein : RAS

ITCD FM de cancer du sein : Non Oui

Degré de parenté :

Mammographie antérieure : Non Oui date :

Réserve aux médecins

Symptôme clinique : Nodule Autre :

Mastodynies

Ecoulement

Mammo remarque

Date de fin du traitement / /

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

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
 Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
 Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - 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-TOMOSYNTHÈSE	900,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement VIREMENT

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

*ENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
 ROUDANI
 400, Bd Brahim Roudani
 20 100 - Casablanca
 Tel: 0522 25 22 96 / 05 22 25 13 00 / 05 22 25 13 04
 Fax: 0522 23 50 70 - E-mail: roudani.crr@gmail.com
 05 22 25 13 07 / 05 22 23 50 70 - Fax: 05 22 23 50 68
 roudani.crr@gmail.com*