

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.

adiologie 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.

Éducation :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 050833

64940

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 721

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ELASSJANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522737741

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HASSAN CHEFFI
Médecin Généraliste
Rue 23 N° 69, Hay El Oods en face
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Benouss
CASABLANCA - Tel. : 022.73.78.51

Date de consultation : 9/02/2021

Nom et prénom du malade : Zafra SKaikra 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 : 050833

Le : 23/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Palmarès des Actes
9/09/2021			15000	ASSAN CHAHAD Médecin Généraliste 69, Hay El Oods Tunisie Télé : 761-022-73 NICA : 761-022-73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.6.3121	372,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la professio

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie
de l'Université de Montpellier

الدكتور حسن الشفي

الطب العام

دبلوم في التشخيص
العلمي بالصدى جامعة مونبلي

Casablanca, le 9.10.3.1.2021

372100

SKAIKRA Zohra

123,50

Gentor



160

216

15M

36,30

PHARMACIE GEOFRAINE
Bloc 10013 - N° 110
Al Maadi - Sidi Bernoussi
Tel 302 73.26.31 - Casablanca

36,70

Flasque



100L

le

en

Mycodex



1AM Ti

76,20

Canaph

Can

150

100

Demar

54

Ixon



100

21,14

20100

Tropicana



100

100

Dr HASSAN CHEFFI
Médecin Généraliste
Rue 23 N° 69 Hay El Qods en face
Mosquée Fatima Zahra Sidi Bernoussi
Casablanca Tel 0522 73 78 51

زنقة 23 رقم 69 في القدس (أمام مسجد للاقاطعة الزهراء) سيدى البرنوسي -
العنوان: Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra) Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف: 05 22 73 78 51

