

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.

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 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

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

Déclaration de Maladie

M22- 0009892

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1985

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHARRIS KAMIL

Date de naissance : 30-03-1953

Adresse : 11 Rue ABOU FARIS EL HADADJI

Tél. : 0673549119

Total des frais engagés : 305,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2023

Nom et prénom du malade : Boukharriss Amine

Age : 67

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le : 13/03/2023

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
03/03/2023			250,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9-03-23	55,60

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

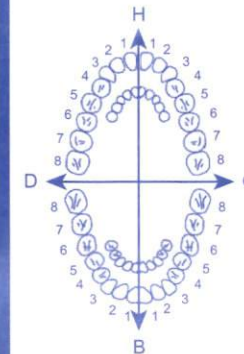
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

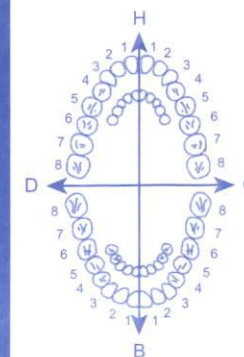
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sabrina CHTIOUI

Omnipraticienne

Diplôme universitaire d'échographie générale
Electrocardiogramme (ECG)
Diplôme universitaire en nutrition et diététique
Diplôme universitaire en diabétologie
Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie
Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie
Université de Médecine Paris XIII



الدكتورة صبرين الشتيوي

خريجة كلية الطب

دبلوم جامعي في علاج داء السكري
دبلوم جامعي في التغذية والحماية الصحية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية
دبلوم في التنويم المغناطيسي و الهميوباثي
كلية الطب باريس XIII

Baukriss
Anima:

Casablanca, le : 08/03/2023:

- Levothyrox 100 + 25 µg
24.40 + 21.80 DH
6.80

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

Dr. Sabrina
Diabétologue - Nutritionniste
158, Taddart Ot. les Crêtes 1er étage
Mandarouna - Casablanca
Tél: 0522 52 52 51

Dr. Sabrina
Diabétologue - Nutritionniste
158, Taddart Ot. les Crêtes 1er étage
Mandarouna - Casablanca
Tél: 0522 52 52 51

866, شارع القدس الطابق الأول منظرنا قبالة (إتصالات المغرب) - الهاتف: (+212) 522 52 52 51 - المحمول: (+212) 663 02 02 19

866, Bd. Qods, 1^{er} étage Mandarouna - Casablanca (en face Maroc Telecom) - Tél.: (+212) 522 52 52 51 - Gsm: (+212) 663 02 02 19

البريد الإلكتروني: Email: contact@cabinetmasante.ma - الموقع الإلكتروني: Web: cabinetmasante.ma