

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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.

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

N° M20- 0007691

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 472 Société : 86859

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FILALI ANSARY HASSAN

Date de naissance : 1342

Adresse :

Tél. : 0661694998 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2021

Nom et prénom du malade : B. ALAMI Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Fracture de l'humérus

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
25/09/14			G	 DR ISSAM GUEROUH Chir. Orthopédiste Berkoum - Casablanca 1 ^{er} Et. Méd. Abdou

25/09/14

Dr Issam GUERROUJ
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerktoumi - Casablanca
Avenue Bls 9 Avril et Méd. Abdou

[illegible]

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
	26/04/21	RX	400,

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

26/09/20

RK

400,

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						
						
						
						
						

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

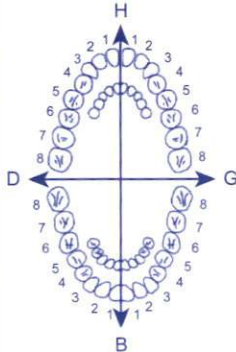
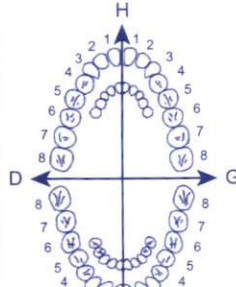
Montant détaillé
des Honoraires

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 d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRE 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					DATE DU DEVIS											

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

Dents Traitées

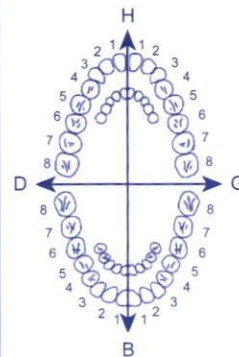
Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



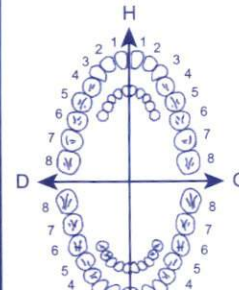
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		DATE DU DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

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

DATE DU
DEVIS



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

25/09/2021

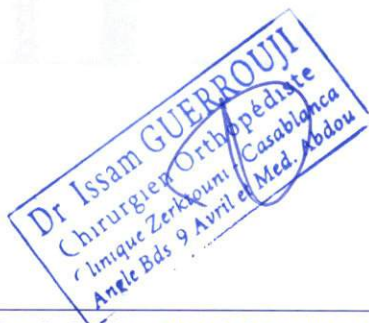
Mme BENKANI KEBIRA

Incidences :

- Epaule droit de face+rotation externe

Compte rendu radiologique :

Fracture de l'humérus droit en voie de consolidation





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

25/09/2021

FACTURE N° 9088/21

Mme BENKANIA KEBIRA

Consultation
Radiographie

GRATUITE
400DH

Total 400 DH
Arrêtée la présente facture à la somme de
/Quatre cent Dirhams//

