

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.

Biologie 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.

Prothèse 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° P19-0015488

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7058 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : El Hajji Jamila Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Jamila 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° P19-0015488

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

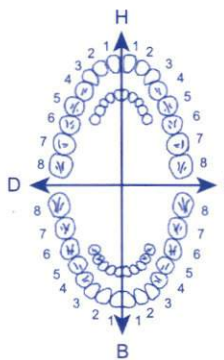
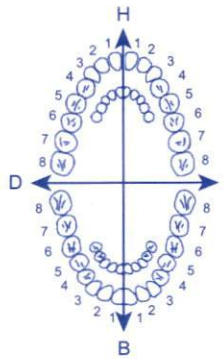
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ——— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins	
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												

Visa et cachet du praticien	Visa et cachet du praticien
-----------------------------	-----------------------------

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W16-059802	
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		



W16-059802

DATE DE DEPOT

15/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7058
Nom & Prénom ELHASSI DANILA		
Fonction : AC	Phones 0661400486	
Mail JELHASSI@Royalairmaroc.com		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Fracture de la base l'anté-géom		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CA Soins	G. 100%	
PHARMACIE	Date	
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Radiog.	300%	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DR. M. MISSOUM
 Chirurgien Orthopédiste
 Traumatologie de la main
 45, Avenue V. Rabat
 Tél. 06 61 40 04 86 / 05 37 75 55 53

Docteur MISSOUM Mohammed

الدكتور ميسوم محمد

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Chirurgie des Os et des Articulations
Chirurgie du Rhumatisme et de l'Arthrose
Traumatologie du Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main - Microchirurgie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique
Expert Assermenté près les Tribunaux

جراحة العظام و المفاصل

جراحة الروماتيزم

الطب الرياضي

جراحة اليد و الجراحة بالمجهر

استاذ جراح سابق بمستشفى باريس
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة العظام
خبير محلف لدى المحاكم

12..06.2019

Rabat, le الرباط في

FACTURE

Le Docteur MISSOUM

Prie Mme . HAJJI JAMILA

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués, et lui
présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

SOINS

100 DH

RADIO Z18

300 DH

S'élevant à la somme de :

400 DHS

QUATRE CENT DIRHAMS

DR. M. MISSOUM
Chirurgien
Traumatologie-Orthopédie
Chirurgie de la main
489, Av. Med V - Rabat
Tél : 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 63

DR. M. MISSOUM
Chirurgien
Traumatologie-Orthopédie
Chirurgie de la main
489, Av. Med V - Rabat
Tél : 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 63

DR. M. MISSOUM
Chirurgien
Traumatologie-Orthopédie
Chirurgie de la main
489, Av. Med V - Rabat
Tél : 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 63

DR. M. MISSOUM
Chirurgien
Traumatologie-Orthopédie
Chirurgie de la main
489, Av. Med V - Rabat
Tél : 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 63

Docteur MISSOUM Mohammed

الدكتور ميسوم محمد

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Chirurgie des Os et des Articulations

Chirurgie du Rhumatisme et de l'Arthrose

Traumatologie du Sport - Arthroscopie

Chirurgie de la Main - Microchirurgie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique

Expert Assermenté près les Tribunaux

جراحة العظام و المفاصل

جراحة الروماتيزم

الطب الرياضي

جراحة اليد و الجراحة بالمجهر

أستاذ جراح سابق بمستشفى باريس

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة العظام

خبير محلف لدى المحاكم

Rabat, le12.06.2019.....الرباط في

COMPTE – RENDU RADIOLOGIQUE

NOM PRENOM . HAJJI JAMILA

*RADIO DU PIED GAUCHE Z18

C/R : * FRACTURE DU 5^{ème} META CONSOLIDEE

