

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

194855

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024855

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12009

Société : Royal AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHALFI JAMILA Date de naissance : 23/09/1978

Adresse : Résidence TAFLIMMOBALI, 2ème étage n° 20, Casablanca

Tél. : 0661246814 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. AIT DEMOURA
Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique XIX^e à la Faculté
de Médecine-Paris
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgien Prothétique
Chirurgie du Rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie Tumorale

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/02/2021

Nom et prénom du malade : KHALFI JAMILA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Goutteux

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 FEV 2021

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

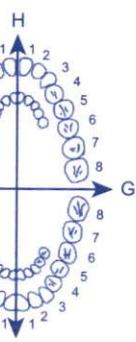
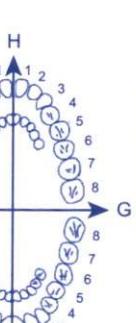
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'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 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Ali DEMOURA

الدكتور على دمورة

*Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
de Médecine Paris XII
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgie prothétique
Chirurgie du rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie tumorale*

جراحة العظام والمفاصل
والعمود الفقري
خريج كلية الطب بباريس
الجراحة التقويمية وجراحة الكسور
الجراحة بالمنظار و الجراحة المجهري
جراحة الأورام
جراح بمستشفيات باريس الجامعية

sur Rendez-vous

الموعد

Casablanca, le :

Res. general of ~ Ch.
- F.) en charge.
- E.)
MFR

Dr Ali DEMOURA
Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique Xila à la Faculté
de Médecine-Paris
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgien Prothétique
Chirurgie du Rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie Tumorale

RADIOLOGIE ANTOUAI 112
Oncologie & Diagnostique du Maroc
2016 J401600058

M U P R A S

DÉTAILS FACTURE PARTIE PATIENT

N° Admission : 24001165 N° Facture : 24001110 Date facturation : 12/02/2024

Nom et prénom du patient : **Mme KHALFI JAMILA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX 2GENOUX F/P EN CHARGE	1.00	440.00	440.00
RX 3INC F/P	1.00	240.00	240.00
Sous-Total		680.00 DH	

arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent quatre-vingt dirhams	Total : 680.00 DH
Adhérent :	Part patient :
Mle :	680.00 DH
PC N° :	

