

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-784918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8201 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Remadi Aziz

Date de naissance : 19/02/1964

Adresse : 76 Les Villas Anfa 3

Tél. : 0661 492 776

Total des frais engagés : 517,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFFES
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage
Maarif - Casablanca
Tél. : 022.98.80.71 / 061.41.1727

Date de consultation : Aziz charabi

Nom et prénom du malade : Aziz charabi Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée + Sommeil

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) :

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
27/11/23	C L		200000	<p>INP: L. L. G. KRAFI</p> <p>Quatre G. L. KRAFI</p> <p>Médecine Générale, Echographie</p> <p>Assad Boudjara - 3^{ème} Etage</p> <p>M. L. KRAFI</p> <p>061.41.17.27</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie OUAJ JARRAR Dr. ALACUT HACHEMI Mer 39, Village Pilote Dar Bc Tel: 0522 29 08 03 - C	27/09/23	317,00

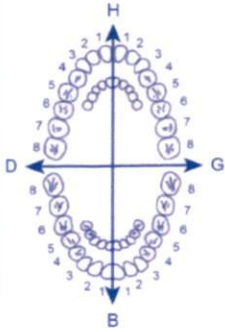
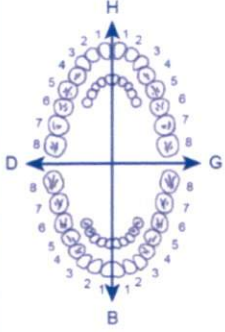
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																								
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae Guersous Krafess

Cabinet de Médecine Générale

Echographie

Expertise médicale - Diabétologie

Psychologie médicale



الركتورة وفاء أوسوس الكرافس

عيادة الطبيب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

الدار البيضاء، في 23 Pharmacie OULAD JARRAR
Casablanca, le 23 39, Village Pilote Dar Bouazza
Tél: 0522 29 08 03 - CASABLANCA

22,70 Aziz Cherahli

1) Duili

1cà 5x3/j x 6j

126,30

2)

Augmentin 1g

1S x 3/j x 6j

58,40

3)

Solefresol 20

3cà sans sucr / J. 1 eau
après le petit dej x 6j

87,00

4)

Dermofix

1cà 1x/j

22,70

5)

Baycuting

1cà 1x/j

317,10

LOT : 3483
UT.AV: 09-25
PPV : 22DH70

PPV: 126,30
LOT: 593420

58,40

87,30

87,30



22,70

Dr. Ouafae GUERSSOUS KRAFFESS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{ème} Etage
Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 98 80 71 / 061.41.17.27