

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.

Prothésaire :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 060532

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7238

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr. ATLASSE Hassan (Elmasteur Nadia)

Date de naissance : 30-07-1959

Adresse : Cité Plateau Immobilier app. 25 cur. 1er ét.

Tél. : 0669 99 06 05

Total des frais engagés : 2000DH + 1251,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Oualae GUESSOUS KRAËSS

Medecine Générale - Echographie

8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage

Maârif - Casablanca

Tél. : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

Cachet du médecin

Date de consultation : 07/10/20

Nom et prénom du malade : Elmasteur Nadia

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, communiqué 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 :

Signature de l'adhérent(e) :


Le : / /

8

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
10/07/2020	C		200 D.H	Dr Ouaïfa GUESSOUS KRAFFESS Médecine Générale - Echographie 8, Rue Assaad Bou Larra - Casablanca Maarif - Casablanca Tél.: 022.98.80.71 / 061.41.17.27
23/07/2020	Contrôle		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/07/2020	1251,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

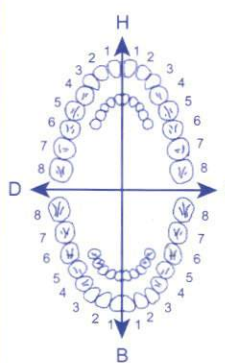
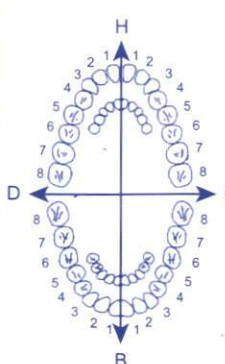
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Psychologie Médicale



الذكرورة وفاء الشوسى الشرافى

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى


الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

الدار البيضاء، في: 23-7-2020 Casablanca, le:

Nesha El Nastour

Netformale der baso

Left  University
son

$\rho_{cp} < \rho_m$

Ramipid. 15

Chlorination

To: *Dr. J. G. Ferrouh*
 01 103041
 ivermectin 80mg
 comprimés pelliculés
 ppv : 40-50 DH
ch le dir

Axiom 1 (A1)

1 of 2

oefen 20
1 pe 1e son (u2)

01:20E028
ER:01 2023
CP PER
P.P.V:19DH90
6 118000 062141

PPV 60DA00 PPV 60DA00
FER 11/20 FER 12/20
LOT 12659 LOT 1478

6 118001 103041

AXIMYCINE® 14 comprimés
LOT 9N004 2
EXP 11/2021

LOT 99043 5
1/2021

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFFES
Medecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zairat - 3^{ème} Etage
Maârif - Casablanca
Tel.: 022.98.80.71 (06) 31.17.21

LOT 191337
EXP 04/2021
PPV 99.00DR

8, Rue Assaad Bnou Zarara Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 98 80 71: الهاتف - البيضاء - المعاريف - وزارة - نقعة أسعد بن زرار - 8

☐ valable 3 mois

7238

Le 23 / 07 / 20

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<u>Dr Gueissou Oualae</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<u>ELMASTOU Nadia</u>
Présente	<u>au D.A.</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<u>Antibiotique 1g + Glucosé</u> <u>10 jours 5/5 ou 2 semaines</u>
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr Oualae GUESSOUS KRAFFES
Médecine Générale - Ecographie
8, Rue Hassan Bouhassane - 2ème Etage
Madrif - Casablanca
Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

Patricule

7238