

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

- Reclamation : 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° W19-465732

ND: 35834

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATH EL HAJ GUASSANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 61 22 35 62 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection Obstétricale

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 : 15/06/2020

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
15/06/2020	2 Echo		200 F	
	05 Actes		300 F	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/20	123,00

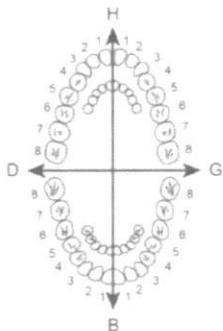
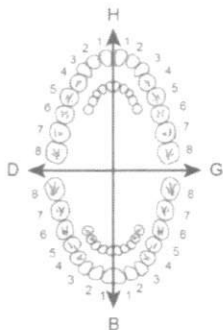
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
				MONTANTS DES SOINS																												
				DEBUT D'EXECUTION																												
				FIN D'EXECUTION																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<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></td> <td></td> <td></td> <td></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> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000							00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Taoufik Chraïbi

SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

EX-ENSEIGNANT A LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA

الدركتور توفيق (الشرابي)

أستاذ مبرز
إختصاصي في طب النساء والتوليد
أستاذ سابق بكلية الطب

Casablanca, Le 15.6.2020

Mme FARID. BASMA.

123,00

Promartal &



Act

Professeur Taoufik CHRAIBI
Gynécologie Obstétrique
199, Bd. Bir Anzarane - Rés. El Walida - Casablanca
Tél : 0522 98 01 12 / 07 00 14 01 48
ICE : 001710192000647 - INP : 091043091



Lot: BM14
Exp: 02/2023
PRC: 123Dh

123,00

Professeur Taoufik Chraïbi

SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

EX-ENSEIGNANT À LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE CASABLANCA

الدكتور توفيق الشرايبي

أستاذ مبرز
إختصاصي في طب النساء والتوليد
أستاذ سابق بكلية الطب

Casablanca, Le 15. 06. 2020

Yusef FARID BASHA

NOTE D'HONORAIRES

consultation gynécologique

soit la somme de cinq cent

dirhams (500 DH)

Professeur Taoufik CHRAÏBI
Gynécologie Obstétrique
199, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 0522 98 01 12 / 07 00 14 01 48
ICE: 001710192200017 - INP: 091043034

199, Bd. Bir Anzarane, Rés. El Walida - 1^{er} étage - Appt n°5 - Casablanca - Tél. : 05 22 98 01 12
WhatsApp : 0700 140 148 - En cas d'urgence : Clinique les Papillons : 05 22 98 20 21 - 06 67 37 85 85
199. شارع بئر أنزران - إقامة الوالدة - الطابق الأول - الشقة 5 - الهاتف : 05 22 98 01 12 - واتساب : 0700 140 148



Professeur Taoufik Chraïbi

SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

EX-ENSEIGNANT A LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA

الدكتور توفيق الشرايبي

أستاذ مبرز
إختصاصي في طب النساء والتوليد
أستاذ سابق بكلية الطب

15/06/2020

Casablanca, Le

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

MME FARID Basma

(DDR estimée au 26/03/2020)

(DC :12)

- Grossesse monofoetale évolutive
- Terme théorique : 11 - 12 SA
- Biométrie à 11 - 12 SA
- LCC à 56 mm
- Nuque à 2.2 mm ce jour
- Trophoblaste homogène
- MAF +