

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 - Tel. : 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° W19-496130

ND = 17344 C.A

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13-85

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARHAT I

Afif.

Date de naissance : 15/04/1994

Adresse : Boulevard Oum Rabi, résidence Zohra Rabi B23

Hay Hassanine Casablanca

Tél. : 0644703548

Total des frais engagés : 971,00 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 gynécofogue

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 : / /

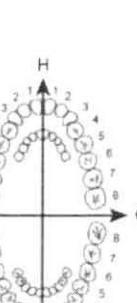
Signature de l'adhérent(e) :

C.A.

RELEVE 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
30/11/19	CS		30000	INP : 091093142
30/11/19	echanges de pelvien		30000	DR. LAVAZI Praticien Généraliste 161, 05 22 98 86 11 * 73, Rue André Delanoue

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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'ODDF.																
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"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	G
D	H															
00000000	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B	G															
				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"/>												

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia
Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif
Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11
Gsm: 06 28 56 92 59
Casablanca

30/11/2019

Mme F.

71,00 x 3
213,00

YODOCEFOL
1 comprimé le matin (pendant 3 mois)

BIOSECURE **AS**
Toilette matin et soir

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le :

30/11/19

NOTE D'HONORAIRE

JE SOUSSIGNEE , CERTIFIE AVOIR RECU LA SOMME DE :
600,00 dirhams (SIX CENT DH).

DE Mme FARHATI AFAF POUR UNE CONSULTATION
SPECIALISEE + UNE ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE.



Dr. Layachi Tahiri Faouzia

Spécialiste
en Gynécologie Obstétrique

Casablanca, le: 30 NOV. 2019

M. FARHATI Aya

- Utérus grande, d'échancrure hystosére, contenant un sac gestationnel tonique, fundique, mesurant 15 mm
- Vesicule ovariale née
- Embryon non né

C_K = grossesse intra utérine de 5 M
A revue des 10 jours, pour vérifier
l'activité cardiaque

