

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

- 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-515436

ND: 29078

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2937 Société : BAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FARIS LOUBNA

Date de naissance : 08/01/1965

Adresse :

Tél. : 0661665506 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFFES
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{ème} Etage
Maarif - Casablanca
Tél.: 022.98.80.71 / 061.41.17.27

Date de consultation : 08/10/2020

Nom et prénom du malade : Faris Loubna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aff. pucoctolafique

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 : 16/03/2020

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
08/05/2020	C	1	417,80	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	08/05/2020	417,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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 : <input type="checkbox"/>														
				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"> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			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 Guessous Krafess
 Cabinet Médecine Générale
 Echographie
 Expertise Médicale - Diabétologie
 Psychologie Médicale



الركتورة وفاء أئوس الكرافس
 عيادة الطب العام
 الفحص بالصدى
 الخبرة الطبية - مرض السكري
 التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le : 8 5 2020 في الدار البيضاء،

Loubna Faiz

22,20

1) Coliprane (S.V)

1 cp < 1 mois

19,60

2) Colseme (S.V)

19,30

1 cp < 1 mois

3) Tubanoreme Supp (S.V)

22,70

1 Supp < 1 mois

4) Daflon (S.V)

68,60

1 cp / 15 < 1 mois

39,10

5) Hefamat (S.V)

49,40

1 cp le soir si on a le mal

6) Voltarene (S.V)

76,20

1 cp < 1 mois

7) Voltarene (S.V)

1 cp le soir ou avec le repas

417,80

PHARMACIE IDEAL
 N° 111111111
 Dr. en Pharmacie de Paris
 21 Rue Jaafar Ibnou Aabkar Bourgojne
 Tél: 05322.20.14.86 - Casablanca
 ICE: 001703342000085

PPV: 22DH20
 PER: 01/22
 LOT: J071

مرهم ضد البواسير

LOT: 191645
 PER: 12-22
 PPV: 19,30DH

39,80 DH
 Lot: V302A
 Per: 10-2022

هيئات 68,60DH
 A consommer de préférence avant fin: 10/2022
 Lot n° U302A

49,40

6118001030408
 VOLTARENE® SR 5 mg
 Comprimés enrobés

PPV: 76.20 DH

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS
 Médecine Générale - Echographie
 8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{ème} Etage
 Maârif - Casablanca
 Tél.: 022.98.80.71 / 061.41.17.27

Dr. Ouafae Guessous Kratess

Cabinet Médecine Générale

Echographie

Expertise Médicale - Diabétologie

Psychologie Médicale



الدكتورة وفاء الشوس الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le : 8 5 2020 في الدار البيضاء،

22,20

Loubna Faiz

1) Coliprane (S.V.)

1 cp 1 fois

19,60

2) Colson (S.V.)

1 cp 1 fois

19,30

3) Tubanone supp (S.V.)

1 supp 1 fois

22,70

4) Daflon (S.V.)

1 cp 1 fois

68,60

39,80

5) Hepamat (S.V.)

1 cp le soir si on a le mal

49,40

6) Voltarene (S.V.)

1 cp 1 fois au moment du repas

76,20

7) Voltarene (S.V.)

1 cp le soir au moment du repas

427,80

PHARMACIE IDEAL
ICE: 001703342000085
Dr. en Pharmacie de Paris V
21, Rue Jaffar Ibnou Abdou
Tél: 0522.20.14.86 - Casablanca

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J071

مرهم ضد البواسير

19,60

LOT: 191645
PER: 13-22
PPV: 19,30DH

22,70

39,80 DH
Lot: V302A
fin Per: 10-2022

هيئات 68,60DH
40 قرص
A consommer de préférence avant le: 10/2022
Lot n°: V302A

49,40

6 118001 030408
VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV: 76.20 DH

Dr Ouafae GUESSOUS KRATESS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{ème} Etage
Maârif - Casablanca
Tél.: 022.98.80.71 / 061.41.17.27