

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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 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

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° P19- 046289

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217 Société : 66920

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAHALAHIA MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY TISSER II
BERRECHID

Tél. : 0706759374 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الكريم شرايبي
Dr. CHRAIBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha ElMaani - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

Date de consultation : 15 MAR 2021

Nom et prénom du malade : KAHALAHIA MUSTAPHA Age :

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

Nature de la maladie : SH ORL

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 MAR 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Dr. CHRAIBI Abdelkarim

Dr. CHRAIBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha ElMaani - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

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
5 MAR. 2021	K30		300	Dr. CHRAÏBI Abdelkarim OTORHINO LARYNGOLOGUE 319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 31
	Analysé		500	

Natures des Actes

Nombre et Coefficient

Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

Dr. CHRAÏBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha EL Maani - Casablanca
Tel: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 31

[illegible]

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

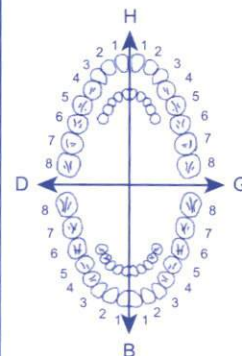
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

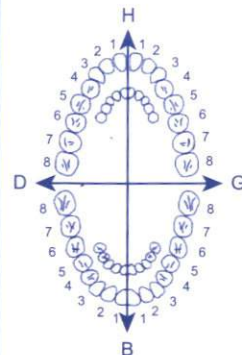
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

Dr. Chraïbi Abdelkarim

SPECIALISTE EN
OTORHINOLARYNGOLOGIE
ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Lyon
Ex. attaché des Hôpitaux de Lyon
Ex. ORL des Polycliniques de la C.N.S.S



Tél. : C : 05.22.29.44.29 & 05.22.22.46.07
GSM : 06.61.31.20.30

Sur Rendez-Vous

الدكتور شرايبي عبد الكريم

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج كلية الطب بليون

طبيب سابقا بمستشفيات ليون

طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف ع: 05.22.29.44.29 & 05.22.22.46.07
المتنقل : 06.61.31.20.30

بالموعد

Casablanca, le : في الدار البيضاء،

15 MAR. 2021

compte rendu et note d'honoraires

Nom - prénom :

KARIM LAHIA

Cotation :

mutuelle

Nature d'examen :

K30

Compte rendu :

Amalgar

sp blavend
i affaith

Honoraires :

300 dh

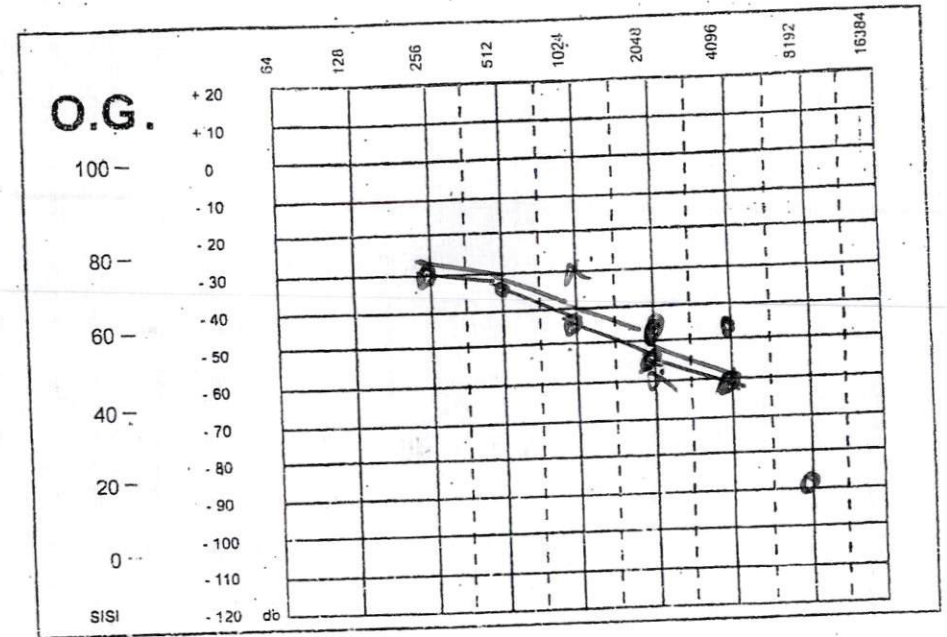
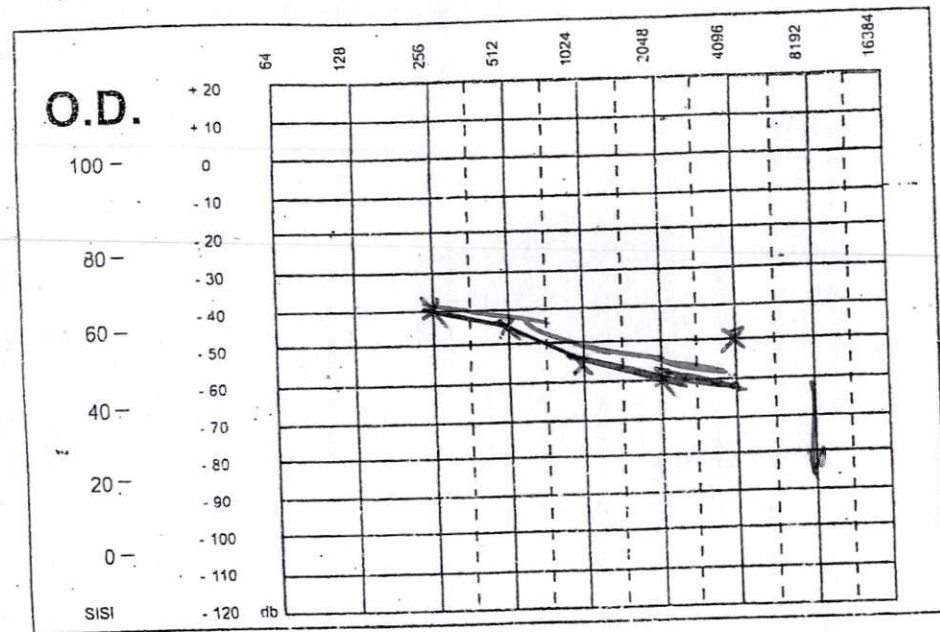
الدكتور عبد الكريم شرايبي
Dr. CHRAÏBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél: 05 22 29 44 29 / 06 61 31 20 30

319، زنقة مصطفى المعاني (زاوية زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الدار البيضاء

319, Rue Mustapha El Maâni (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni), Casablanca

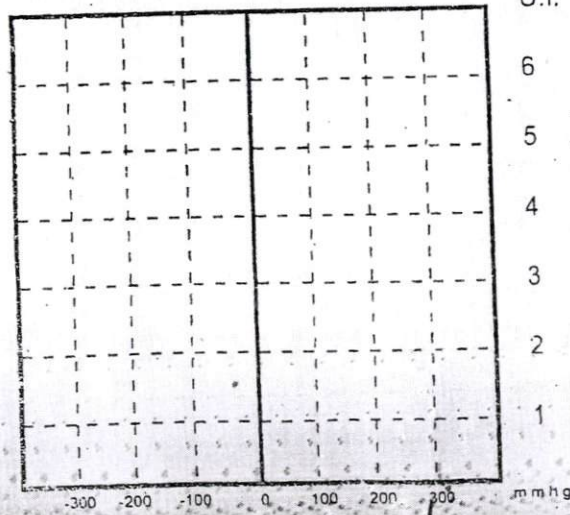
AUDIOGRAMME N° DU 15 MAR. 2021

CO ROUGE
CA BLEU

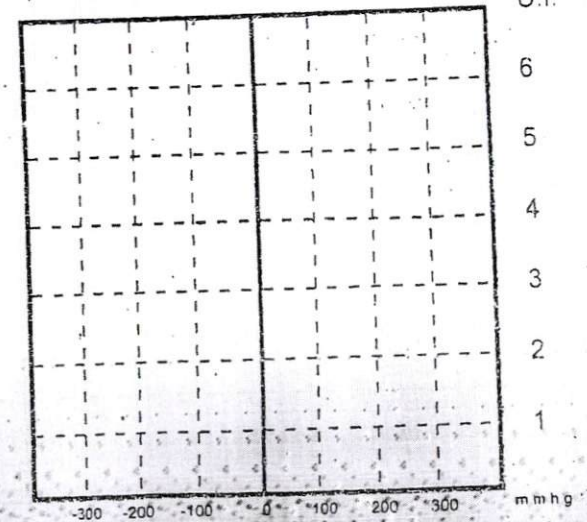


WEBER
O.D. H.Z.
O.G.

TYMPANOGRAMME O.D.



TYMPANOGRAMME O.G.



Docteur Abdelkrim Chraïbi

Diplôme de la Faculté de Médecine de LYON
Ex- Attaché des Hopitaux de LYON
Ex-Orl des Polycliniques C.N.S.S.
Spécialiste des Maladies et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreilles - Cou - Face

319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
(Angle Rue d'Agadir et Mostapha El Maâni)
Tél. : 022.29.44.29 / 022.22.46.07 - Patente N°34202367

Nom : KAMIL LAHIA
Prénom : Mustapha
Age :

SIGNES CLINIQUES :

Hypoxie bilat

DIAGNOSTIC :

SR Bilat

à l'ausc

الدكتور عبد الكريم شرايبي
DR. CHRAIBI Abdelkrim
OTO-RHINO-LARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél. 022 29 44 29 / 0661 31 23 30