

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06089

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : THIYFA Kamal

132910

Date de naissance : 01. 01. 1958

Adresse :

Tél. : 06.81.13.89.89

Total des frais engagés : 401,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26.09.2019

Nom et prénom du malade : Thiyfa Kamal Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dentalgia et suspidens Deodes

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

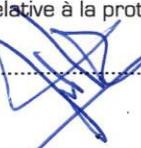
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 06.10.2019

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/09/2022 | | | 220.00 | |
| | A.Rabatia | | 250.00 | KRAFES Echographie Zarare 3ème étage 0910143271 / 0614465610 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE DES FACULTES <u>CHU ENNAHADEH</u> <u>Docteur en Pharmacie</u> Bvd Mly Driss 1 ^{er} - Casablanca 86 23 01 - Fax 05 22 86 02 25 | 26/09/22 | 151,80 |

جامعة الكلية
PHARMACEUTIQUE DES FACULTES
CHAHINE LABABD
Doyen en Pharmacie
94 Boulevard Mly Driss 1^{er} - Casablanca
Tél. 0522 86 23 01- Fax 0522 86 02 25

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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'ODP.

| 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 11433553 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

Dr. Ouafae Guessous Kraffess
 Cabinet de Médecine Générale
 Echographie
 Expertise médicale Diabetologie
 Psychologie médicale



الدكتورة دفءة كوس للرافض

عيادة الطب العام

الشخص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le

26/9/21
الدار البيضاء، في

I Hriffa Kameel

60,140

~~Demust 100~~
(S)

45,70 \

Coltrax 2

45,70 \

151,80 \ 1 Ch 13/1 x 7

Moxicetophel

1 aff mahu

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

600440
601/206
601/205
600440
601/206
601/205
EXP 7
LOT

صيدلية الجامعات
PHARMACIE DES FACULTES
 OHIZENE LAHBABI
 Docteur en Pharmacie
 94, Boulevard Mly Driss 1^{er} - Casablanca
 Tél : 0522 86 23 01 - Fax : 0522 86 02 25

Dr. Ouafae GUESSOUS KRAFFESS
 Cabinet de Médecine Générale - Echographie
 9, Rue Assaad Bnou Zarara Maârif - Casablanca
 Tél : 022.98.80.71
 INPE : 0910.4357.41.17.27