

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 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° W19-438828

86210

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 277 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELHANI John
 Date de naissance : 1932
 Adresse : Bd Moudi Bouketa n° 372 Casablanca
 Tél. : 0649187596 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. EL ARABI Redouane**

Cachet du médecin :

Medecine Générale
141, Lot Faidi Faidi F.D.
N°2 El Oulfa - Casablanca
Tél : 022.95.00.00

Date de consultation : 08/09/2011
 Nom et prénom du malade : JABOU YAMINA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhumatisme
 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 : 20/09/2011

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
06/09/2022				Dr. ELABRAHIM N°21047746

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/2022	335,40
	07/09/2022	115,50

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
		A M	P C	I M	I V	

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"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le 06 09 2024 في الدار البيضاء

139,50

Lot :
A consommer
avant le :

210455

07/2024

PPC : 79,90 DH

PPV : 14DH00

PER : 07/24

LOT : K2122

LOT: 210023

PER: 02/2026

PPV: 102.00 DH

Dr. EL ARABI Redouane
Médecine Générale
141, Lot Hadj Fateh, R.D.C.
N°2 El Oudj

STE PHARMACIE HAN
Lot Hadj Fateh Rue 6 N°
Casablanca - Tél: 0522 9

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 03 09

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C-Appt.2-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le 07.09.2024 في الدار البيضاء، في

فدوري محمد

30,50

7 Imodium

2 gel de 1g

amito 1 gel 100

85,00

4/ Aspirine 6
18 à l'usage

115,50

Dr Redouane EL ARABI
Médecin Agréé par
le Ministère de la Santé
Le 17.01.2022 N° 1339
Tél: 05 22 93 03 09

LOT: 21E001
PER: 01/2026
IMODIUM 2MG GELULE
20 G&I
P.P.V: 300DH50
6 118000 013845

Lot / Batch n°:
Exp. date:
PPC (DH):
20465
08/2022
85,00

STE PHARMACIE HAMZA
Lot. Hady Fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 05 22 93 10 28

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 03 09

Lotissement Hady Fateh - Lot 141 - R.D.C-Appt.2-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09