

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

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- 057494

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752 Société : R.A.M. (9226)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SLITINE ELGHARI MOULAY AHMED
Date de naissance : 01/07/1943
Adresse : 18, LOT ARSET LEUBIR, TAARIF, CASABLANCA
Tél. : 06.68.41.92.20 Total des frais engagés : 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 :
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 : / /
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-057494

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0752
Nom de l'adhérent(e) : SLITINE
Total des frais engagés : 3067,00
Date de dépôt : 30.04.2021

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	PC	IM	IV	
CENTRE KINÉMA Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle 108, Bd Ghandi 16 Rue Babal Saghrou Casablanca Tél/Fax: 39.77.70 AUT 14731	29.04.21					2040.91A
						(post 17000 / 12000)

VOLET ADHERENT

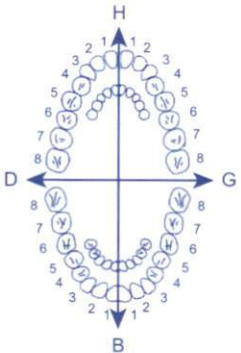
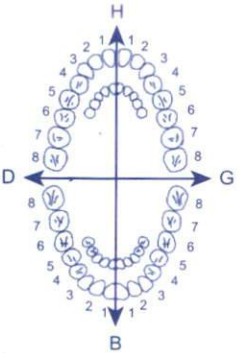
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

Casablanca , le 09/04/2021

Mr. SLITINE ELMGHARI MY M'HAMED
DR BENJELLOUN EL MOSTAFA KAMAL

- I.R.M. (1,5 Tesla)
- SCANNER VCT
(64 Barettes)
Angioscanner
Coroscanner
coloscanner
Denta-Scanner
- SCANNER
CORPS ENTIER
- DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE
- RADIOLOGIE
NUMERIQUE
- MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE
- PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE
- ECHO-DOPPLER
COULEUR

RACHIS CERVICAL F/P :

- Raideur cervicale.
- Alignement normal du mur vertébral postérieur, des massifs articulaires et de la ligne spino-laminaire.
- Pincement discal étagé de C2 à C7 avec ébauches ostéophytiques.
- Pas d'anomalie disco-vertébrale par ailleurs.

16, Rue Mohamed BAH
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :
Tél. : 05.22.25.74.82
05.22.25.30.30
05.22.23.79.34
Fax : 05.22.23.77.05
I.C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maârif :
IRM : 05.22.23.23.12
05.22.99.30.31
Fax : 05.22.25.38.73
irm-maarif@hotmail.fr
I.C.E : 001744959000074
Patente : 34770967
I.F : 1087675

Avec mes amicales salutations.

Dr. BENYAHIA Z
RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA, M. BENYAHIA Z
17, Rue Med, Bahr
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05

DR. BENJELLOUN El MOSTAFA KAMAL
Omnipraticien

Diplômé en Diabétologie et Nutrition
de l'Université de Bordeaux

Membre de la Société Francophone
de Diabétologie (SFD)

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômé en Médecine de Sport
de la Faculté de Médecine de Rennes

Electrocardiogramme

Résidence El Mansour N° 12 - Bd. Ghandi
Cabinet : 05 22 36 78 77 - Casablanca

Urgence : 06 61 32 74 20

الدكتور بن جلون المصطفى كمال
طبيب عام

حاصل على دبلوم مرض السكري والتغذية
من كلية الطب ببوردو

عضو في الجمعية الفرنسية
لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بـمونتبلي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي
من كلية الطب بريـن

تخطيط القلب

إقامة المنصور رقم 12 - شارع غاندي
العيادة : 05 22 36 78 77 - الدار البيضاء

مستعجلات : 06 61 32 74 20

CASABLANCA, LE 27 AVR. 2021 في الدار البيضاء،

Slitine El Rhari

*Pour SVP 17 Mars
à Kunesifhaji
Paulle Bouche*

CENTRE KINEMA
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghandi - 16 Rue Jaba Saghou
Casablanca Tél/Fax: 3977770
Act 149/951

Dr. BENJELLOUN M. KAMAL

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux
Diplômé en Médecine de Sport de Rennes
Diplômé en Echographie Générale de Montpellier
Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 05 22 36 78 77 - Gsm: 06 61 32 74 20

E-mail : drkamalbenj@yahoo.fr





MUPRAS

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
MUPRAS

ACC

06.68.41.92.20

le .../.../...

0752

② ORIGINAL DU DOSSIER VOUS SERA TRANSMIS UNE FOI ACCORD OBTENU
AVEC PLANNING ET FACTURE CORDIALEMENT A VOUS
DEMANDE D'ACCORD PREALABLE m.h.f

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: 0752	N° de poste: ✓
Nom et Prénom de l'adhérent: SLITINE ELGHARI MOULAY AHMED	N° Tél bureau: ✓
Nom et Prénom du bénéficiaire: SLITINE ELGHARI MOULAY AHMED	N° Tél domicile: 06.68.41.92.20
A remplir par le praticien	
Je soussigné: Mme Zeine Ghallab	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: M	
Nécessite: 12 mois	
Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) 12 Ann 2040 en dot 170 en /2006	
Une hospitalisation de: (Approximatif)	
A: (préciser l'établissement hospitalier) Centre Kine.mp	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): Rééducation de l'épaule gauche	
cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision:	

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 022-91-23-36/ 022-91-23-76

SIÈGE SOCIAL: AÉROPORT CASA-ANEX-CASABLANCA

Tél: 022-91-23-36/01-26-39/01-28-81/01-26-49/01-26-86/01-28-83 Fax: 022-91-26-52

E-mail: Mupras@royaume.ma

