

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-711548

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4720 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ELBOUCHI Mohamed
 Date de naissance : 01/02/1955
 Adresse : 19, Rue El Farahiga Yasmine
 Tél : 0663182997 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Omar HAJJI
 Oncologue Médical
 Salaj3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
 Casa-Anfa - Tél : 0520 66 68 80/91/92
 Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94
 Date de consultation : 23/06/2022
 Nom et prénom du malade : ELBOUCHI Mohamed
 Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prostate
 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 : 23/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-711548

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08/09/92			£ 1	INF : [] [] [] [] [] Dr Omar HAJJI Médical Oncologue Ceinture Ain Diab ad. La Grande 066 68 90/91/92

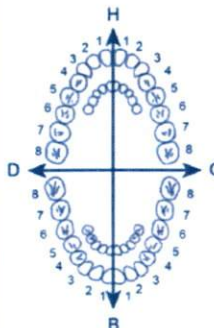
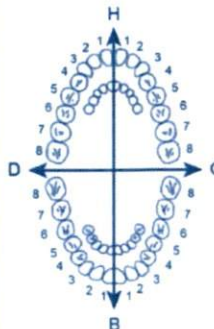
[illegible][illegible][illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>														
	<table><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr><tr><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr><tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr><tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr><tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr><tr><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr></table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

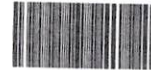
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الساحل للأنكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO-HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Dr Belouach Mohamed

*Examen m. ette le D^r
vertèbres*

*Kinésithérapie
mouvement passif*

3e séance

Dr Omar HAJJI
Oncologue Médical

Salaj3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab

Casa-Anfa - Tél : 0520 66 68 90/91/92

Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94



091071043

Salaj 3, Bd la Grande Ceinture Ain Diab, 20180 Casablanca, Maroc

Pour accéder : Tram ligne1, direction Ain Diab, station Le Littoral

☎ (+212) 5 20 66 68 90 / 91 / 92 • 📠 (+212) 5 22 79 75 94 / (+212) 5 22 79 86 96 • @contact@cliniquelelittoral.ma

www.cliniquelelittoral.ma

HIBA

Centre de physiothérapie et d'Ergothérapie et Kinésithérapie et
Relaxothérapie et le bien être

Dr. BOUMAHDJ Salah
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Entraîneur Coach
Ancien Kiné des hôpitaux
De Bruxelles
Toutes spécialités
Ancien directeur technique
De Foot Ball et préparateur ph
en Belgique .



د بومهدي صلاح الدين
مروض طبي و طبيعي
مدرب كرة القدم
مروض سابقا بمستشفيات بروكسيل
جميع التخصصات

سابقا مدير تقني لكرة القدم و معد بدني
ببلجيكا .

Berrechid, le 24/06/2022

Devis

M. Berrechid Mohamed se adresse
à M. Salah Boumahdj Kiné pour son
problème de Pseudo-phlegm II
pour un montant de 7500,00 Dh
(c'est-à-dire)
pour le dit devis de 7500,00 Dh.

Signature :

57, Angle Rue 2 Mars et la Rue 9 juillet BERRECHID

57, الزاوية زنقة 2 مارس و زنقة 9 يوليو برشيد

Tél : 05 40 02 15 16/06 60 69 81 94 GSM : 06 62 78 36 86

Patent : 00702402 CIN : 347649050