

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

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

195747

Déclaration de Maladie

M23- N° 0033059

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7516 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHOUICHI HASSAN

Date de naissance : 01.01.1962

Adresse : 64 Rue Proxins N°13 - Apt 13

ETG : 07 - BELVEDERE Casablanca

Tél : 06.12.64.84.64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farouk RAOU
Expert Assermenté auprès Des Tribunaux
Médecine Générale
C.A.M.U. Université Paris
30 Rue Faidi Khalifa Etg 2 Apt 15
Casablanca
Tél : 06 58 50 00 00 GSM : 06 61 30 30 61

Date de consultation : 04 JAN 2024

Nom et prénom du malade : ASMAA ELHOUICHI Age : 22 ans

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

Nature de la maladie : Rhumatisme

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 04 / 01 / 24

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 la réalisation des Actes
04 JAN 2024	C		209,00 N	<p>TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PARIS 15ème Arrondissement Cabinet du Greffier Tél. : 01 42 35 30 30</p>

200,00 M

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/1/24	244,00

ou du Fournisseur

04/1/24

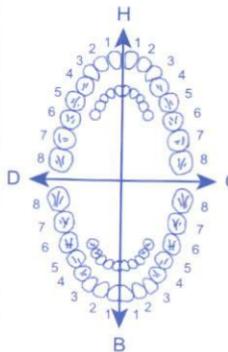
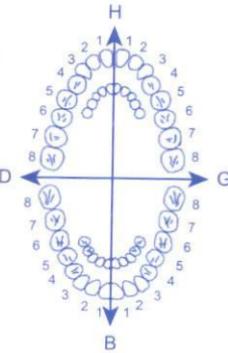
244, 0

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

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													
				<div>Coefficient des Travaux <input style="width: 100%;" type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input style="width: 100%;" type="text"/></div> <div>Début d'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/></div> <div>Fin d'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/></div>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div>H</div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	<div>Coefficient des Travaux <input style="width: 100%;" type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input style="width: 100%;" type="text"/></div> <div>Date du devis <input style="width: 100%;" type="text"/></div> <div>Date de l'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/></div>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>															
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 :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The arch is supported by two main piers labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The bridge is divided into two halves by a vertical line. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The arch is supported by a series of smaller piers or abutments, also numbered 1 through 8. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Date du devis	
Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Farouk RAOUD

Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux

Médecine Générale

C.A.M.U. Université Paris

(Capacité d'Aide Médicale Urgente)

La Visite Médicale Permis de Conduire



الدكتور فاروق روض

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

المهتجات من جامعة باريس

الفحص الطبي لرخصة القيادة

Casablanca le : 04 JAN 2024 : الدار البيضاء في:

Nile EL HOUNI Asmaï

132,00

- Actel ap

Asachet x26: pendant

40,00

- Cotipred 20

3cp le matin pendant

21,00

- Febre x

Asachet x31/ pendant

- Brancobar oral

51,00

4cm x31/ après les repas

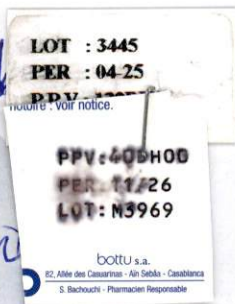
7.244,00

Pendant

Dr. Farouk RAOUD
Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux
Médecine Générale
C.A.M.U. Université Paris

30 Rue Faidi Khalifa Etg 2 Appt 15
Casablanca
Tél: 05 22 56 56 59 - GSM: 06 61 30 30 61

PHARMACIE YASSINE
Mme: Yassine
19 Rue de Lille Casablanca
Tél: 05 22 44 37 87
Fax: 05 22 44 37 88



30, Rue Faidi Khalifa (Ex: La Fayette), Etg 2, Appt 15- Casablanca - ICE : 001701568000065

Tél : 05 22 56 56 59 / Gsm: 06 61 30 30 61

30. زنقة فايزي خليفة (سابقا : لفاييت) الطابق الثاني رقم 15 - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 56 56 5 / الهاتف النقال: 06 61 30 30 61