

# 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 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.

MUPRAS Centre Alalouen Abdel Kader, 1<sup>er</sup> étage Angle Rd. Mohammed VI et Rue Ala Ben Alchaym, Quartier de Mouassat, Casablanca 20900. Tél : 05 22 20 15 48 Fax : 05 22 22 78 16 www.mupras.com



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

DECLARATION DE MALADIE

N° W19-565052

28264

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **EL JERARI** Société : **UMAR** 06334  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **EL JERARI OMAR**  
 Date de naissance : **13/12/53**  
 Adresse : **16 Rue AN EL AN**  
 Tél : **0663017945** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur M'hamed CHRAIBI**  
 Spécialiste O.R.L.  
 47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef  
 Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67  
 - Casablanca -

Cachet du médecin : 14 JUL 2021

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : **EL JERARI Omar Jaber**  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **Affection ORL**  
 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 : **CASA** Le : **2 / 09 / 20**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
25.08.2023	C	1	300	<p>Docteur Mohamed CHRAÏBI            Spécialiste O.R.L.            47, Angle Bd. Anfa &amp; Bd. My Youssef            0522 20 69 43/0522 20 77 67            Casablanca -</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
25/08/2020	294,60
1/9/2020	60,10

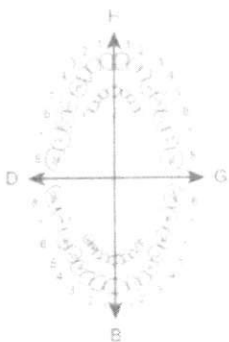
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/08/2020	260	600 DM

[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 :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement couronnaires, ainsi que le talon de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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"/>																			

<p align="center"><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p>	<p align="center"><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p>																
	<table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2"><b>H</b></td> <td align="center" colspan="2"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td align="center">10000412</td> <td align="center">21433552</td> <td align="center">10000000</td> <td align="center">30700000</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>D</b></td> <td align="center">10000000</td> <td align="center">10000000</td> <td align="center"><b>B</b></td> </tr> <tr> <td align="center">35533411</td> <td align="center">17433553</td> <td align="center">10000000</td> <td align="center">17433553</td> </tr> </table>	<b>H</b>		<b>G</b>		10000412	21433552	10000000	30700000	<b>D</b>	10000000	10000000	<b>B</b>	35533411	17433553	10000000	17433553	<p align="center"><b>MONTANTS DES SOINS</b></p>
	<b>H</b>		<b>G</b>															
	10000412	21433552	10000000	30700000														
	<b>D</b>	10000000	10000000	<b>B</b>														
	35533411	17433553	10000000	17433553														
<p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, Nécessaire à la protection</p>	<p align="center"><b>DATE DU DEVIS</b></p>																	
	<p align="center"><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

01/01/2020

1) - ELJERABI Marie Tasse

60.00

Distribué sous licence  
par LAPROPHAN  
21, rue des Oudaya  
CASABLANCA - Maroc  
590735

PPV:  
60DH10

Maxilase 3000

1 cp 3 fois par jour



Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
47, Angle Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef - 2ème Etage  
Tél: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67 / 68  
Fax: 05 22 20 71 91 / 05 22 20 77 67 / 68  
E-mail: m.chraïbi@laprophan.com  
N° de licence: 091042911 - I.C.E. 001638091000051

Résidence Roia 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca

Tél Cabinet : 0522.20.69.43 / 0522.20.77.67 / 68 - Fax : 0522.20.71.91

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 25/08/2020,

Madame EL JERARI Marie Josee

55,40

1) SURGAM CP 200 mg

1 comprimé 3 fois par jour

99,00

2) INESO 40 mg

1 gélule par jour

140,00

3) RULID CP 300 mg.

1 comprimé par jour

294,60



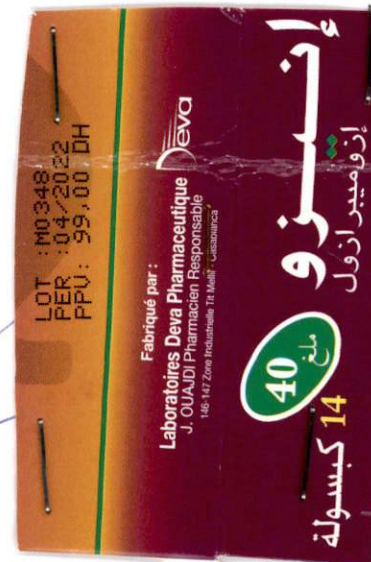
Josacine 500 en accord  
avec le médecin

Dr. M'hamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef, 2ème Etage  
Tel: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67/68  
Fax: 05 22 20 71 91 - Casablanca  
INPE: 091042971 - ILC 001638091000051

LOT : 20E024  
PER : 05 2023

SURGAM 200MG  
CP SEC B20

P.P.V : 55DH40



josacine®  
Josamycine

20 comprimés pelliculés

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91

En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05