

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

- Reclamation : 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° W19-563822

82 426

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 931 Société : MUPRAS RECEPTION 9
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KERROUM - MOHAMED
 Date de naissance : 1-1-1950
 Adresse : LOT KHANITA RUE OUD CHERRAT N°159 DEROUA
 Tél : 0667506767 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 AOUT 2021
 Nom et prénom du malade : KERROUM MOHAMED

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 : 2021 Le : 04 AOUT 2021

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
04.07.2021		2	250 DH	INP : 0000000000 Dr. Abdelhak El Ghafani 24, Bd. Abi Dar El ghafani - Sidi Bernoussi Casablanca - Tel : 05 22 75 59 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Souk 251, Rue Abou Ali Al Khou 05 22 62 30 56 - PAT : 32801504 CASABLANCA	4.5.2021	250 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				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"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	39533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. A. Chafik RAHMANI

**Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles
Chirurgie de la FACE et du COU**

Diplômé de la faculté
de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française
et l'Académie Américaine d'O.R.L.
et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux
Militaires Marocains.



الدكتور أ. ع. شفيق رحمانى
اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحه الوجه، العنق
خرج كلية الطب بسانتي (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية
والأكاديمية الأمريكية للاختصاصيين
• اختصاصي سابق بالمستشفيات
العسكرية المغربية

04.08.2021

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr KERROUM Mohamed



POLYDEXA sol auric : FI/10,5ml

5 gouttes le matin et le soir, pendant 8 jours.

1 boite

2180

PHARMACIE DU CENTRE
TAHRI JOUTEY KAH
251, Rue Abou Ali Al Kall
Tél: 05 22 62 30 56- PAT: 32801586
CASABLANCA
DR. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 938
24 Bd. Abi Dar El Ghaffari - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél: 05 22 75 59 78



Sur Rendez-vous بالموعد

24, Bd. Abi Dar El Ghaffari
Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف: 05 22 75 59 79 / 05 22 75 59 78
الفاكس: 05 22 75 59 79

24 ، شارع أبي ذر الغفاري
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء