

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 069812

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3649 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGGUEN MOHAMED

Date de naissance : 25-10-1961

Adresse : Résidence ANNASSO Imb 23 Apt 202

Cité plateau Casablanca

Tél : 0661514819 Total des frais engagés : 873,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ME GGUEN Othmane Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rh. et Myopie Allergie

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 : 20/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
20/11/24	C.S.		300.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/24	573.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

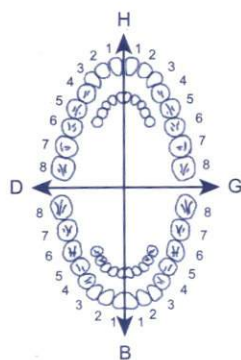
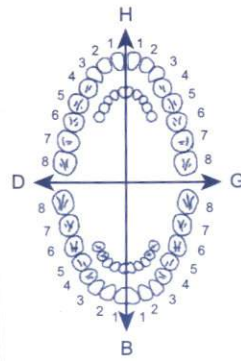
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOPHTISIOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

Dr JAOUHARI T. ABDELHAK

Diplômé des Universités de France
Spécialiste en Pneumo-phtisiologie
(CHU TOULOUSE)

Capacité National Française
D'Allergologie - Immunologie Clinique
(CHU NANCY)

Tél : 05 22 49 26 07 - 05 22 20 53 85

الدكتور جوهري ت. عبد الحق

خريج الجامعات الفرنسية
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي تولوز
دبلوم الكفاءة الوطنية الفرنسية لأمراض
الحساسية والمناعة (نانسي)

الهاتف : 05 22 20 53 85 - 05 22 49 26 07

MR MEGRVEN OTHMANE

20/11/22

118.50x2
- IXOR

20mg (2B-5 28)
2 p 1/4 h avant le dîner

73.40x2

- ERLO 4 p 5 mg (2B-5 28)

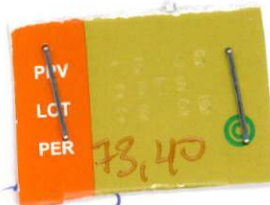
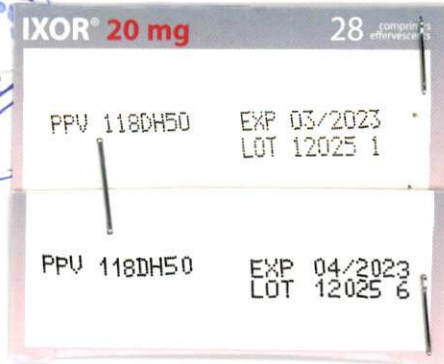
2 p 1/4 h avant le dîner

190.00

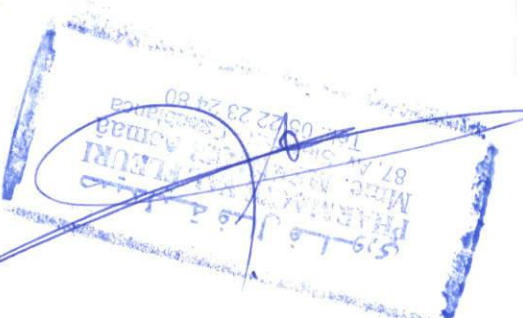
- AEROMAX

2 p 1/4 h avant le dîner

(100) 1 p 1/4 h avant le dîner



Dr. JAOUHARI T.A.
Spécialiste en Pneumophtisiologie
& Allergologie
52, Bd Zerketouni, Appt. N° 4
Tél : 0522 49 26 07/20 53 85



543.80

CABINET DE PNEUMOPHTISIOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

Docteur JAOUHARI T. ABDELHAK

Diplômé des Universités de France
Spécialiste en Pneumophtisiologie
(CHU Toulouse)

Capacité Nationale Française d'Allergologie
Immunologie Clinique (CHU NANCY)

Tél. : 022 49 26 07 / 022 20 53 85

الدكتور جوهري ت. عبد الحق

خريج الجامعات الفرنسية
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي (تولوز)
دبلوم الكفاءة الوطنية الفرنسية لأمراض
الحساسية والمناعة (نانسي)

الهاتف : 022 20 53 85 / 022 49 26 07

I.C.E

001656347000093

Casablanca, le : 20 11 2021 : الدار البيضاء، في :

Facture N° 387

Casablanca, le 20 11 2021 : الدار البيضاء، في

Reçu de M. NEGGUNE Mohamed

La Somme de Trois cent dh = 300,00 dh

En contrepartie de : 1

- 1) CS- Consultation spécialisée Trois cent dh = 300,00 dh
- 2) 3K 20- Tests cutanés allergologiques
- 3) 2K25- Exploration fonctionnelle respiratoire

Dr. JAOUHARI T.A.
Spécialiste en Pneumophtisiologie
et Allergologie
52, Bd. Zerkouni, Appt. N° 4
Tél. : 0522 49 26 07/20 53 85

إقامة الرضا - 52، شارع الزرقطوني - الشقة 4 - الطابق الأول - الدار البيضاء
Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - Appt. N° 4 - 1^{er} Etage - (en face au marché des fleurs) - Casablanca