

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 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

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° W21-665354

99431

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1826 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI Ned EL NAHIOU

Date de naissance : 07-10-54

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA IM 83

APT 3 CASA

Tél. : 06 6 146 26 19 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Rhaouani Ned EL NAHIOU Age : 67 ans

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

Nature de la maladie : Tumeur du pignon

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 : 13 JAN 2022

Signature de l'adhérent(e) :



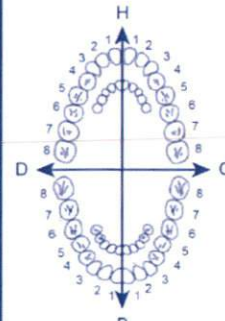
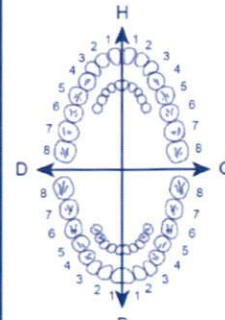
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
3/12/2021		02	0	INP : <input type="text"/>
09/12/2021		01	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/12/2021	315,00
	13/12/2021	236,60
		T= 551,00

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 canaux, 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



Clinique
Abdelmoumen
Multidisciplinaire

مصلحة عبد المومن
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

13/12/2021
1^{er} ed
A. Nefand

4980 Rhagouani

1/ Flagyl 150

12,30 1 n & 2/ Mr

4. Centalax
2 ptx, 4/

32,00

3/ Encars

142,20 2 ptx

4/ Fortrans + +

236,60

Lot: 21E011
PER: 03/2026
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V. 490DH90
6 118000 060062

CONTALAX 5MG

B30

18000 010326

Lot:

EXP:

PPV:

4649A
02.2026
32.00DH90

32,00

كلم 12.400 عن
المحمدة - المغرب

EUCARBON

30 comprimés

6 118001 250295

maphar

Boulevard Akime n°8
Quartier Industriel Sid Berrouj, Casablanca - Maroc

FORTTRANS SAC B4

P.P.V. : 142,20 DH

6118001181209

LOT : U06823
Exp : 03/2024

Docteur Moh
CHI

Bd. Abi Moussa - Bloc 1
Tél: 022 50 04 45 - CASABLANCA

شارع عبد المومن، 27، زنقة الإمام البصري - فرانس فيل - الدار البيضاء
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA
Tél.: 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06
E-mail : cliniqueabdelmoumen@gmail.com



Clinique
Abdelmoumen
Multidisciplinaire

مصحة عبد المومن
متعددة الاختصاصات

PHARMACIE ASKIA
Dr. M. SIK Lamia
Résidence Andaloussia E 74
N° 4 Cité Plateau - Casablanca
Tél: 0522 25 93 20 - Fax: 0522 99 15 7

Casablanca, le

21/12/2021

Mr. Rhazouani N. El...

219,00

Promaxe
PPC: 213 DH

1 - Promaxe



1 car

36,00

2 - Prazol 20mg

T = 315,00



PPV: 96DH00
PER: 09/23
LOT: K1709-2

Dr. Mohamed...
CHIRURGIE...
Tél: 997 99 99 99 - CASABLANCA

شارع عبد المومن، 27، زنقة الإمام البصري - فرانس فيل - الدار البيضاء
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA
Tél.: 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax: 05 22 98 05 06
E-mail: cliniqueabdelmoumen@gmail.com