

# 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.

## 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.

## Prothèse 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

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° P19-0031737

Amor

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0763 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELGANOUNI ELHASAN

Date de naissance : 8-12-43

Adresse : 13 R. Vanneau OASIS OAS

Tél. : 06 67 54 41 60 Total des frais engagés : 506 DH, 00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHERIF ELGANOUNI A  
Médecine Générale  
Boulevard Oued Oum Rabie Rue 78  
N°2 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 90 10 45

Date de consultation : 19 JAN 2022

Nom et prénom du malade : Sully Ichaddey Age :

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

Nature de la maladie : 7.1 + Aff. ulcère

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



# 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
19 JAN 2022	C		GRATUIT	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL HACHILLAH Dr. ZAIDI Hafida Lot Anasari N°123 Dar Bouazza - Casablanca Tel : 05 22 24 09 49 INPE : 092067214	19/01/22	506,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

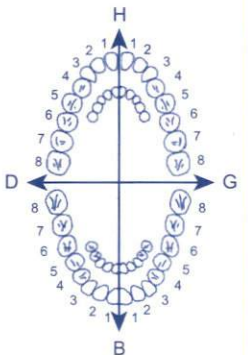
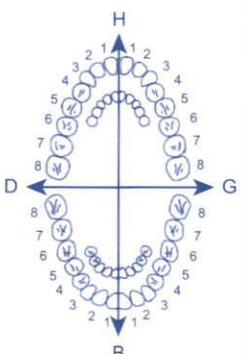
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				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'EX

Dr. Cherif El Ganouni Ahmed

MEDECINE GENERALE

Bd. Oued Oum Rabia - Rue 78 N° 2

Au dessus de la Pharmacie du Nil

Cité Oulfa - Casablanca

Tél.: 05.22.90.19.46

E-mail : aganouni@hotmail.com

الدكتور الشريف الخنوني أحمد

الطب العام

شارع واد أم الربيع، زنقة 78، رقم 2

فوق صيدلية النيل

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.19.46

البريد الإلكتروني: aganouni@hotmail.com

Casablanca, le

19 JAN 2022

الدار البيضاء، في

SCALLY Ichaddouy

Pharmacie EL HAMDOLILLAH

Dr. ZAIDI Hafida

Lot Anssari N°123

Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 05 22 29 09 49

ANTIBIO SYNALAR

19,40  
ANTIBIO SYNALAR

19,40 x 2  
38,80

159,50 x 2  
319,00

- Antibio Synalar

- Bipreterox

Pharmacie EL HAMDOLILLAH

Dr. ZAIDI Hafida

Lot Anssari N°123

Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 05 22 29 09 49

54,10

- Arnica gel

39,70

- Fucidine

14,10

- Dolipran

Pharmacie EL HAMDOLILLAH

Dr. ZAIDI Hafida

Lot Anssari N°123

Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 05 22 29 09 49

T2 506,60

Dr. CHERIF EL GANOUNI

Médecine Générale

Boulevard Oued Oum Rabia

N°2 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 90 19 46

ARNICA GEL

LOT:1811051

EXP: 11/2021

PPG:54.00 D1

PPV

Fucidine 2%

pommade Tube de 15 g

39,70

PPV:14DH00

PER:10/24

LOT:K2748

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة إلى الطبيب المعالج

ICE : 001687843000003 - INPE : 091041061