

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

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.

S : 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° P19-0031735

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0763 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Re traite
Nom & Prénom : EL GANOUNI EL HASSAN
Date de naissance : 8.12.43
Adresse : 13 R. Janceaux ORS CAS
Tél. : 0667944168 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 13/5/2022
Nom et prénom du malade : Chérif El Ganouni Mohamed El Hassan Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Neurol + Arthralgie
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 : ORS Le : 13/5/2022
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
13/10/22	C		gratuit	

Dr. CHERIF EL GANOUNI
 Médecine Générale
 Boulevard Qued Oum Rabie Rue 78
 N°2 Casablanca - Casablanca
 Tél : 05 22 90 19 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie EL WASSILAH
 Dr. ZAHDI Hafida
 Lot Anssan N°123
 Dar Bouazza - Casablanca
 Tél : 05 22 29 09 49
 INPE : 002067214

13/10/22

67 60 62 22 10 191

889,70

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
 des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué, la nature des soins.

Important :

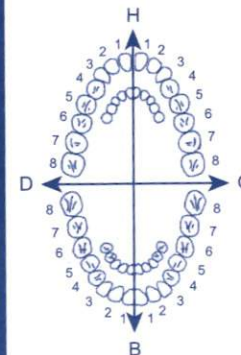
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
 Traitées

Nature des
 Soins

Coefficient



CCEFFICIENT
 DES TRAVAUX

MONTANTS
 DES SOINS

DEBUT
 D'EXECUTION

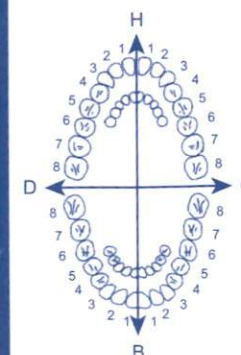
FIN
 D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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



CCEFFICIENT
 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'EXECUTION

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

دكتور الشريف الكنوني 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 13/06/22 في الدار البيضاء،

Cher Dr. Cherif El Ganouni, Rob, et Hassan

27,7 x 4

11980

Cardiaspirine

Cartexan

Urtacine

Zinaski

Dr. CHERIF EL GANOUNI A
Médecine Générale
Boulevard Oued Oum Rabie Rue 78
N°2 Oulfa - Casablanca
Tél : 05.22.90.19.46

cartexan® 400mg/
Chondroline sulfate sodique

LOT: 210622
PER: 04-2025
PPV: 148,50DH

LOT: 211096
PER: 06-2025
PPV: 148,50DH

PER: 06-2025
PPV: 148,50DH

PER: 06-2025
PPV: 148,50DH

ZINASKI

PPV 400H90

EXP 07/2024
LOT 15036 29

Prière de présenter l'ordonnance à la prochaine

ICE : 001687843000003 - INPE

20 comprimés effervescents