

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

- 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° W21-761632

MR-PPV

148 324

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9702 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SARAH ALDELLAH
Date de naissance : 20/06/1965
Adresse : 70 Bd Mous 1er, Res. Marovert B
Tél. : 06 61 41 72 89 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Mohamed JAABID
Hématologue
115, Boulevard Abdelrahim Bouabid
2ème Etage N°10 Oasja - Casablanca
Tél.: 0522.40.40.60/0522.24.37.42
Gsm: 0696.51.93.61
ICE:00182228700046 - INPE: 91087445
Date de consultation : 03/02/2023
Nom et prénom du malade : SARAH ALDELLAH Age :
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 : CASABLANCA Le : 03/02/2023
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
2/02/2023		42	400,00 DHS	INP : Dr. Mohamed LAABID Hématologue 115, Boulevard Abderrahim Bouabid 2ème Etage N°10 Oujda - Casablanca Tél: 0522.40.40.60/0522.24.37.42 Fax: 0522.40.40.60/0522.24.37.42 Gam: 0486.51.93.61 INPE: 91087445

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE ALEXANDRE Mme BENJELLOUN Fouzi Docteur en Pharmacie 35, Boulevard Alexandre Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca INPE: 001827434 000 00	Date Montant de la Facture 222,50

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
		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 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			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"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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. Mohamed LAABID
Hématologie Clinique
Adultes et Enfants
Autogreffe de Moelle

Ancien Maître Assistant à la Faculté
 de Médecine et au Service d'Hématologie
 du C.H.U. Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien Résident Etranger
 C.H.U. Henri Mondor
 (Créteil-France)

Membre de la société
 Française et Marocaine d'Hématologie
 Sur Rendez-vous



الدكتور محمد العابد
 اختصاصي في أمراض الدم
 (أطفال - كبار)
 زرع النخاع العظمي
 أستاذ مساعد سابقا
 بكلية الطب وقسم أمراض الدم
 بالمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
 Mme BENJELLOUN
 Docteur en Pharmacie
 35, Boulevard Alexandrie
 Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca
 INPE: 092004456 - ICE: 00 1837 636 000 07
 مقيم سابقا بالخارج
 بالمركز الجامعي هانري
 (كرتيل - فرنسا)
 بالموعد
 3 - 2 - 23

Dr. S. S. S. - ASKALAH

30,00 - MYALGIC 300mg

78,90 - 1ef x 4 15 jours

123,60 - Seigne fast
 in x i u m 40
 1ef 15j

232,50

Dr. Mohamed LAABID
 Hématologue
 115, Boulevard Abderrahim Bouabid
 2^{ème} Etage N° 10 Oasis - Casablanca
 Tél.: 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42
 Gsm: 0696.51.93.61
 ICE: 001822287000046 - INPE: 91087445

شارع عبد الرحيم بوعبيد الطابق الثاني الرقم 10 الوازيس
 الهاتف: 0522.24.37.44 - الفاكس: 0522.24.37.42 / 0522.40.40.60 / 0696.51.93.61

115, Boulevards Abderrahim bouabid 2^{ème} Etage N° 10 Oasis - Casablanca
 Tél.: 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - Fax: 0522.24.37.44 - Gsm: 0696.51.93.61
 E-mail: m_laabid@hotmail.fr - ICE: 001822287000046 - INPE: 91087445