

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

M22- 0007639

190563

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580 Société : R.N.L.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : H. ARBOUCHE
 Date de naissance : 1941
 Adresse : Belkacem 142 CRSR
 Tél. : 06 288 05 29 Total des frais engagés : 5586 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Jihane EL JAOUHARI
 CARDIOLOGUE
 Boulevard Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim
 Imm.5, 3ème Etage Appt.9 Sidi Maârouf
 Casablanca - GSM: +212 662 38 61 68
 mail: dr.eljaouhari.jihane@gmail.com
 Date de consultation : 30/10/2013
 Nom et prénom du malade : Fahima Lahcen Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 15/11/2013


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
30/10/2023	CS+ECG		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/10/2023	526520

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

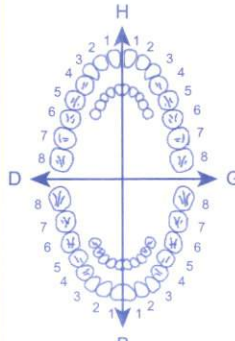
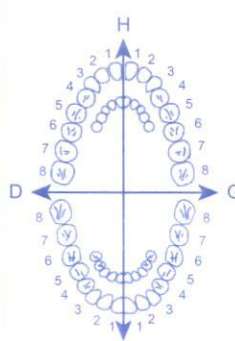
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Dr. Lalla Jihane EL JAOUHARI

- ♥ Spécialiste en Cardiologie
- ♥ Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- ♥ Diplômée en Echocardiographie de la Faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- ♥ Ex. Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- ♥ Ex. Médecin à l'Hôpital militaire d'instruction Méd V - Rabat



الدكتورة للا جهان الجوهري

♥ اختصاصية في أمراض القلب

♥ خريجة كلية الطب بالرباط

♥ خريجة كلية الطب فيكتور سيجالين بوردو فرنسا
في تشخيص أمراض القلب بالصدى

♥ طبيبة سابقا بالمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط

♥ طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Le 30/10/2013

Mme Lahrar Fatima

89,70 x 3 Cordarone 200mg: 1/2 cp matin

58,10 x 5 Cardensiel 5mg: 1 cp x 2

405,00 x 5 Uperris 50mg: 1 cp x 2

34,60 Lasix 40mg: 1 cp matin

479,00 x 3 Gardience 10mg: 1 cp matin

370,00 x 3 Prexaban 20mg: 1 cp les

99,00 Liarso: 1 gel les au beso

5265,20



Dr. Jihane EL JAOUHARI
Boulevard Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm 5, 3^{ème} étage, Appt 9 Sidi Maârouf - Casablanca
GSM: +212 6 62 38 61 68
E-mail: dr.eljaouhari.jihane@gmail.com

3 mois

Boulevard Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm 5, 3^{ème} étage, Appt 9 Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: +212 5 22 78 33 92 / GSM: +212 6 62 38 61 68 - E-mail: dr.eljaouhari.jihane@gmail.com

[illegible]