

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

M22- 0057550

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4138 Société : 201948
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HARCHACHE Bouchnail
 Date de naissance : 04-06-1961
 Adresse : Cité HASSANI BLOC 225 No 35 CAS
 Tél. : 0566624975 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Houdja CHARAKOU ZAHOUANI
 Spécialiste Endocrinologie
 100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabi
 Oujda - Casa - Tél. 0522 89 79 34
 Date de consultation : 20/10/24
 Nom et prénom du malade : HARCHACHE Bouchnail Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 10/04/24

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
20/01/24			22 300 18	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/01/24	1051,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

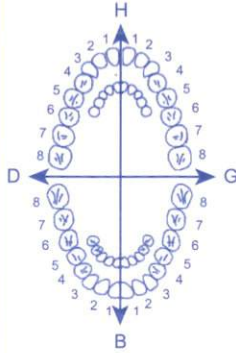
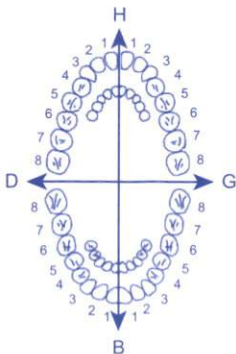
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Khadija **CHERKAoui** ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie

Sur rendez-vous

الديكتورة خديجة الشرقاوي زهواني

اختصاصية أمراض السكري و أمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا للمركز الجهوي

الأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le :

20/11/24

HAZCUM & Bence MB
8270 x 3

Pre jai S

24810

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIMIE

10 Avenue Hassan II
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 89 79 34



415 32

7870 x 3

23610

Dicoma 60



le haut à 3m

74 m di 2100 x 5

10500

Diaferm 10000



le haut à 3m

46230

Dr Khadija **CHERKAoui** ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie

100 Résidence Al Ofok Bd. Oum Rabii - Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 89 79 34 - GSM : 06 31 89 60 35

15410 x 3 3m

105150

105150

105150

100, Résidence Al Ofok Bd. Oum Rabii - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - Sur Rendez-vous

الهاتف: 06 31 89 60 35 - GSM: 05 22 89 79 34 - Tél: 05 22 89 79 34 - إقامة الأفق شارع أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2935-2

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2935-2

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2935-2

78,70

78,70

78,70

Lot : 22009
Per : 09/24
PPV : 154 DH 10

LOT: 231586
EXP: 09/2025
PPV: 154DH10

LOT : 231595
EXP : 11/2025
PPV : 154DH10

PPV: 21 DH 00
PER: 01/27
LOT: N070



PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4366



PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4428



PPV: 21 DH 00
PER: 01/27
LOT: N070



PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4312

