

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) .

Matricule : 4676 Société : 245275

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JRAIF NAJIB

Date de naissance : 12.08.1953

Adresse : 7m 17. N° 24. Rte HASSAN 1 CASA.

Tél. : 06.61.32.25.80 Total des frais engagés : 53.2 DAH DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 : CASA Le : 12.01.2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ZEKRI Abdellatif	22/01/23	532,50

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	

RELEVE 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 canalaires, 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. The grid is bounded by a thick black border. Arrows point from the center of each circle to the center of the circle directly above it. The grid is centered on a coordinate system with axes labeled D (left), G (right), H (up), and B (down).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE diplômé de la faculté

de médecine de RENNES.FRANCE.Pose de PM
222 BD BRAHIM ROUDANI MAARIF
CASABLANCA

Tél. cabinet : 05 22 99.18.78
E-mail : ra-hachmi@hotmail.com

Casablanca, le 14 décembre 2022

M. Najib JRAIF

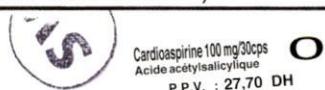
5029

Né le : 12/08/1953

PPV:114DH30
PER:09/25
LOT:L3330

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou non liste) (AFFECTION EXONÉRANTE)

- 114,30 1° DIPREZAR : 1cp matin
22,70 2° CARDIOASPIRINE : 1cp le matin
185,70 3° CRESTOR 10 : 1cp lsoir
99,0 4° OEDES 20 : 1cp le soir
52,90 x 2 5° SPASMAG : 1ampoule matin et soir



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

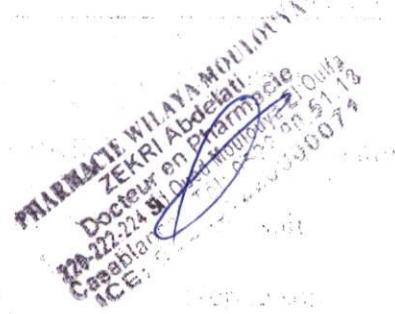
Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH

6 118001 183111



LOT 2.11480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

QSP 3 MOIS



Mr. Rachid El Hachmi
Gardien
222, Bd. Brahim Roudani
tel: 05.22.99.18.78
fax: 05.22.99.18.78

52,90

€2190

vers ce + Rabat le 13/03/22



→ MUPRAS

MUTUELLE DE PRÉVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 14.1.21.22....

Dr. Rachid El H/ 34
CARDIOLOGIST
22 Bd. Brahim El Kacem
LADIE CHRON

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Remplir par le praticien	
Je soussigné: Dr. Rachid El HADJ CARDIOLOGUE 222, Bd. El HADJ Roudani FA-05 22 00 18 78 1000	
Certifie que Mlle, Mme, M^{me} DR Aït F. M. T. B.	
Présente congestion et ANM C	
Nécessitant un traitement d'une durée de: 3 mois	
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit):	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76

Dr. Rachid EL HACI
GARDEUR
222, av. Brahme Roche
tel: 05.22.94.74.74 - CAS

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022.91.23.36/91.26.39/91.28.81/91.26.49/91.26.86/91.28.83 Fax : 022.91.24.52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

FACTURE N°: 02/23

Client : JRAIF NAJIB

Adresse : 24 HAY HASSANI IM 17

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 12/01/2023

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Qantité	Total
05/01/2023	CO	DIPREZAR 50MG/12.5 B : 28 CPS	114,30	1	114,30
12/01/2023	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
12/01/2023	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	185,70	1	185,70
12/01/2023	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	99,00	1	99,00
12/01/2023	AB	SPASMAG B: 30 AB	52,90	2	105,80
				Total	532,50
				Remise	0,00
				Net	532,50
Dont TVA		13,40			

Arrêtée la facture à la somme de :

Cinq Cent Trente Deux Dirhams, Cinquante ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI AL ABBADI
220-222-224 BD Oued Moulaya El Oulemia
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13
ICE: 002291220000071