

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0006593

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 209317 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 150507
 Nom & Prénom : EL GUADI YAMMA
 Date de naissance : 17/12/1955
 Adresse : 21 Rue imam AL HARAMAIE
 3ème étage YACOB EL MAISON
 Tél. : 0624 57 95 50 Total des frais engagés : 983,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hajar Guennoui
 Cardiologue
 67 Rue Al Fourate Res. Bernaben
 4ème Etage N° 7 Msarif - Casablanca
 Date de consultation : 13/12/2022
 Nom et prénom du malade : Youssef EL GUADI Yamma
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

| 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 |
| 13/12/2022 | Stéril | | 300,- | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 13/12/2022 | 683,40 |

[illegible]

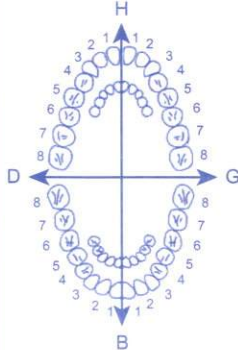
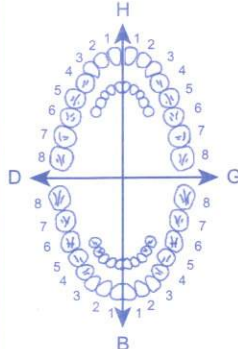
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </p> | |
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | |

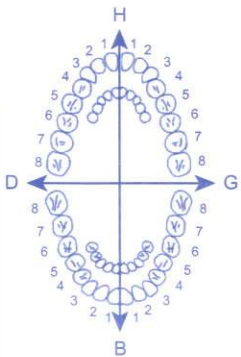
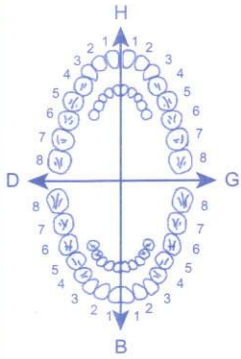
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | <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 | | | | |
|  | | <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>G</div><div>B</div></div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | 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"/> | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hajar Guennioui Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine de Lille - France
Ancien interne et praticien hospitalier des hôpitaux de France
Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Test d'effort - holter tensionnel et Rythmique
Echographie cardiaque de stress



الدكتورة هاجر الغنيوي إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب بليب - فرنسا
طبيبة سابقة بمششفيات فرنسا
الفحص بالصدى للقلب والشرايين
التسجيل المستمر لضغط الدم و لضربات القلب

HARMACIE DES STADES 2010
60, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél: 05 22 25 49 25
RG 1245509 - Pte.: 3587300
IF - 40436642

Madame Yamna EL GUADI

le Mardi 13 Décembre 2022

Dr. Hajar Guennioui
Cardiologue
67, Rue Al Fourate Res. Bernaben
4ème Etage N° 7 Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 59 59

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
APROVASC 300mg / 10mg B28

Cp Pel

PPV : 209,00DH

6 118001 082056

99280 082056 118001 9
PPV : 209,00DH

Cp Pel

APROVASC 300mg / 10mg B28

Ain sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

APROVASC 300/10

1 Comprimé le matin

FLUDEX LP 1,5MG CPR 30 (Indapamide)

1 Comprimé le matin

TENORMINE 100MG CPR SECABLE 30 (Aténolol)

Un quart de Comprimé le matin

Dr. Hajar Guennioui
Cardiologue
67, Rue Al Fourate Res. Bernaben
4ème Etage N° 7 Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 59 59

CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

زقة الفرات، إقامة برنابيين الطابق 4 رقم 7 المعارييف - الدار البيضاء

67, Rue Al fourate, Résidence Bernaben, 4ème étage - N° 7 Maarif extension - Casablanca

0522255959 - 0662072127 - 0616067561 dhl.guennioui@gmail.com