

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 061892

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4676 Société : A 60759

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JRAIF Najib

Date de naissance : 12-08-1953

Adresse : Im 17- No 24 Cité HASSANI- CASA.

Tél. 06 61 32 2589 Total des frais engagés : 408 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 : 15 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



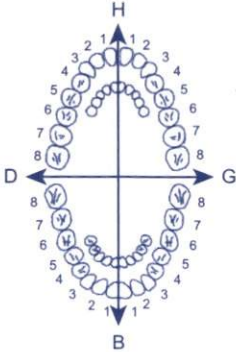
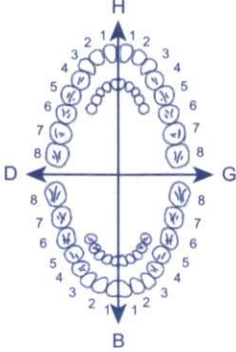
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

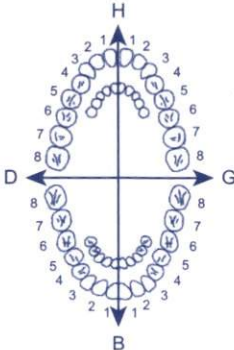
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

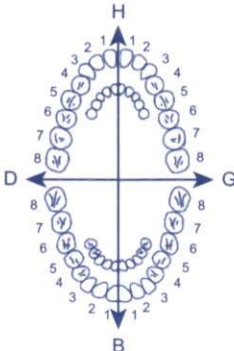
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D   G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**MUPRAS**

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

Le 14/12/22.....

Dr. Rachid EL HACHIMI  
CARDIOLOGUE  
222, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 99 12 78 CASABLANCA

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Dr. Rachid EL HACHIMI CARDIOLOGUE 222, Bd. Brahim Roudani Tél: 05 22 99 12 78 CASABLANCA
Certifie que	Mlle, Mme, M. <u>DRABE M. J. J.</u>
Présente	<u>conjointe et ASC</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<u>3 ans</u>
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 HACHIMI  
CARDIOLOGUE  
222, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 99 12 78 CASABLANCA

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 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com



Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE diplômé de la faculté

Casablanca, le 14 décembre 2022

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

M. Najib JRAIF

5029

Né le : 12/08/1953

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

- 114,30  
27,70  
167,00  
99,00
- 1°DIPREZAR :1cp matin  
2°CARDIOASPIRINE :1cp le matin  
3°CRESTOR 10 :1cp lsoir  
4°OEDES 20 :1cp le soir  
5°SPASMAG :1ampoule matin et soir

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Maphar  
Bd Alklima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V. : 167,00 DH  
183111

PPV:114DH30  
PER:01/26  
LOT:M186

LOT 211485  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

QSP 3 MOIS

17 = 408,100

Pharmacie EL HACHMI  
Docteur Rachid El Hachmi  
Casablanca - Tél: 0522 99 18 78  
222, Bd. Brahim Roudani Maarif  
Elo 0522 99 18 78

Dr. Rachid EL HACHMI  
CARDIOLOGUE  
222, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05.22 99 18 78

RS + Balas le 13/03/2

# PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

FACTUREN°: 16/23

Client : JRAIF NAJIB

Adresse : 24 HAY HASSANI IM 17

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 12/05/2023

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
04/05/2023	CO	DIPREZAR 50MG/12.5 B : 28 CPS	114,30	1	114,30
12/05/2023	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
12/05/2023	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	167,00	1	167,00
12/05/2023	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	99,00	1	99,00
Total					408,00
Remise					0,00
Net					408,00

Dont TVA	6,48
----------	------

Arrêtée la facture à la somme de :  
Quatre Cent Huit Dirhams

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
Docteur en Pharmacie  
ZEKRI Abdelhak  
220-222-224 BD Oued Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 90 56  
ICE: 002291220000071