

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4676

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JRAIF Nabil

A 60759

Date de naissance : 12-08-1953

Adresse : Im 17- N° 24- Cité HASSAMI- CASA.

Tél. 06 61 32 25 89

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

Signature de l'adhérent : [Signature]

Le : 15/05/2023

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 Abdesslam Docteur en Pharmacie 228-222-224 Bd Oued Moutouya El Jadida Casablanca ACE: 002 91220000	21.05.23	40.8,-

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412 21433552
	00000000 00000000
D	
	00000000 00000000
	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Le 14.11.2002.....

Dr. Rachid EL HADJ
CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05-22-91-23-36

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 HADJ CARDIOLOGUE 222, Bd. Brahim Roudani Tél: 05-22-91-23-36	
Certifie que Mlle, Mme, M ^{me} DR AÏF	
Présente <i>conjointe et A.M.C.</i>	
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 HADJ
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05-22-91-23-36

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-20-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE diplômé de la faculté

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

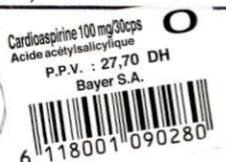
M. Najib JRAIF

5029

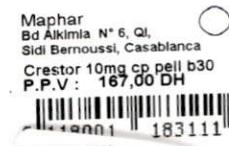
Né le : 12/08/1953

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

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



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



LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

QSP 3 MOIS

= 408,00



Mr. Rachid El Hachmi
Cardiologue
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05.22.99.18.78

vers ce + Rabat le 13/03/22

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
ZEKR en Abdeslam
220/222/224 Bd Oued Moulay Oulfa
Casablanca
TÉL: 0522-90-85-71
FAX: 002291220000071