

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- 0050885

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZIDANI Abdelhaliq
 Date de naissance : 04-08-1949 à Casablanca
 Adresse : Rue 2 Villa 37 groupe W
 EL OULFA - Casablanca
 Tél. : Total des frais engagés : 1018,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. El Mustapha FATHI**
 Professeur de Néphrologie
 Maladies du Rein - Dialyse
 36, Angle Av. l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casa
 Tél. : 022.86.30.30 / 022.86.12.12 Fax : 022.86.59.73
 Date de consultation : 05/01/2023
 Nom et prénom du malade : ZIDANI Abdelhaliq Age : 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension
 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 : CASABLANCA Le : 05/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
05/09/23	9		200,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09/2023	818,72

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

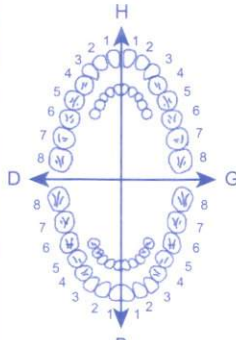
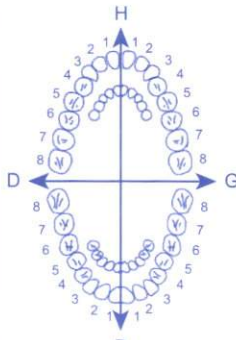
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) 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

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

ZIDANI Abdeljalil

Matricule :

0856

N° CIN :

B69933

Adresse :

Rue 2 villa 37 groupe W ELLOULFA
CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. FATHI El Mustapha

Spécialité :

Néphrologie

N° ICE :

001842645000078

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Zidani

Abdeljalil

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Insuffisance rénale chronique
Néphrologie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Triatone - 500mg
Spray 2x 5ml, Magnésium 2g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca

Cachet et signature du médecin traitant :

05/05/2023
Dr. El Mustapha FATHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
36, Angle Av. Mohammed VI et Av. des Casablancais - Casablanca
Tél : 022-22-78-15 - Fax : 022-22-78-13

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



**CENTRE
D'HEMODIALYSE
DES MALADIES RENALES
ABDELMOUMEN**

مركز تصفية الدم و أمراض الكلى عبد المومن

Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Ech

الدكتور عبد العزيز الشرايبي

Dr. Abdelaziz CHRAIBI

12,90 x 66

ine de Paris

الدكتور المصطفى
Dr. El Mustapha FATHI

Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein-Dialyse

sablanca, le : 5/9/23

7- Tidani Abdelh



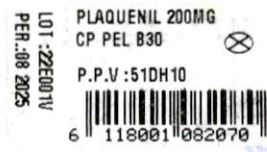
LOT : 22E007
PER: 06 2026

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V : 22DH80



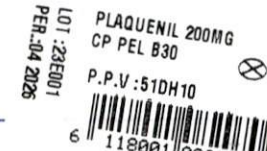
LOT : 22E007
PER: 06 2026

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V : 22DH80



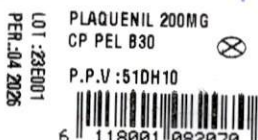
LOT : 22E001
PER: 04 2026

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10



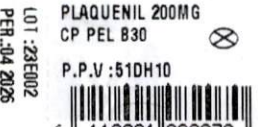
LOT : 23E001
PER: 04 2026

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10



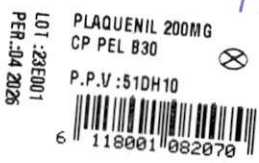
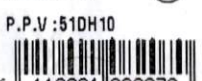
LOT : 23E001
PER: 04 2026

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10



LOT : 23E002
PER: 04 2026

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10



LOT : 23E001
PER: 04 2026

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH



الدكتور المصطفى
Dr. El Mustapha FATHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
36, Angle Av. l'Hamitaga et Allée des Cassiopées - Casa
Tél : 022.26.59.73 Fax : 022.26.59.73

الدكتور المصطفى
Dr. El Mustapha FATHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
36, Angle Av. l'Hamitaga et Allée des Cassiopées - Casa
Tél : 022.26.59.73 Fax : 022.26.59.73

36, Angle Av. l'Hamitaga et Allée des Cassiopées - Casablanca

الهاتف: 0522861212 - الفاكس: 0522865973

CNSS : 2599639 - PATENTE : 3454303 - I.F : 20725614 - RC: 366913 - INP 090000886 - ICE : 001842645000079

E-mail : azizchraibi055@gmail.com - efathi@yahoo.fr

36, زاوية محج لارميطاج و ممر كاسيوي - الدار البيضاء

URGENCES 24h/24: 0661180003



090000886