

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0016968

ND 185235

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3204

Société : ROYAL AIR Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASMI NAZHA

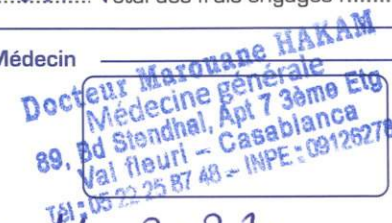
Date de naissance : 15/11/1982

Adresse : 13 Rue Lavoisier apt 30, 5^e étage

Tél. : 066 120 9997 Total des frais engagés : 274 DH 90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/2023

Nom et prénom du malade : Hm ASMI NAZHA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Tbc du pueril

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 : CASA

Le : 30/11/2023

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
30.11.17	C	1	9,150	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	30/11/23
	Montant de la Facture
	274.90

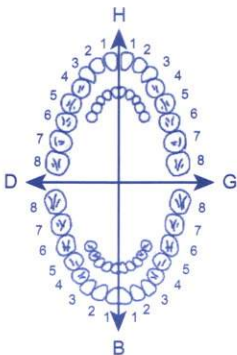
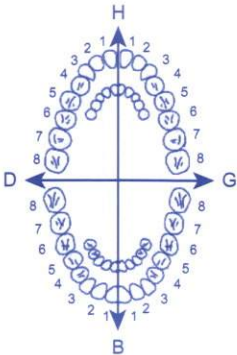
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																											
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																											
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
	H																															
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D		G																													
	00000000		00000000																													
	35533411		11433553																													
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The arch is supported by two main piers, each with a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards. The piers are arranged in a circular pattern around the central pier.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca
Diplômé universitaire de Gériatrie - Gériologie
de l'Université de Bordeaux

OMNIPRATICIEN

Gériatrie- Gériologie
Suivi des maladies chroniques
Troubles du sommeil
Douleurs chroniques
Santé mentale

Echographie
Electrocardiographie

الدكتور مروان حكام

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء
دبلوم جامعي في طب الشيخوخة - علم الشيخوخة
من جامعة بوردو - فرنسا

طبيب عام

طب الشيخوخة

متابعة الأمراض المزمنة

الاضطرابات النوم

الألام المزمنة

الصحة النفسية

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

30/11/2023

MME ASMI NAZHA

• Adep 5 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois (Ne pas arrêter sans avis médical)

• Alpraz 05 mg - comprimé

Puis 1/2 comprimé au besoin si attaque de panique ou angoisse ou insomnie

• Sedatif pc - comprimé

2 Comprimés soir 2h avant coucher pendant 1 mois

Docteur Marouane HAKAM
Médecine Générale
39, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleuri - Casablanca
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE : 091262782

PHARMACIE MARHABA
André MOUR
61, Av des F.A.R Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69

Tél : 05 22 25 87 48 - email : cabinethakam@gmail.com
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème étage. Val fleuri - Casablanca
89, شارع سطنال، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء.

49,40

49,40

49,40

49,40

Alpraz

Alprazolam



LOT 230958
EXP 73 2526
PPV 35.70

3770



--	--	--

DURÉE MATIN MIDI



BOTTU SA
PPV : 45 DH 50

BOIRON®

40 COMPRIMÉS



BOTTU SA
PPV : 45 DH 50

États anxieux
Troubles mineurs du sommeil

Sédatif PC®
eux
du sommeil
f PC®

États anxieux
Troubles mineurs du sommeil

Sédatif PC®