

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'Unité
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
M23-009569

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10594 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 192403

Nom & Prénom : EL HAYLANI ABDERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 61 26 92 83 Total des frais engagés : 2655,30 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mustafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd IDRISS EL HARTI C-0 CASA
Tél : 05 22 38 69 87

Date de consultation : 20 Janv 2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DLA

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 : 25 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20 Janv 2024		01	152	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

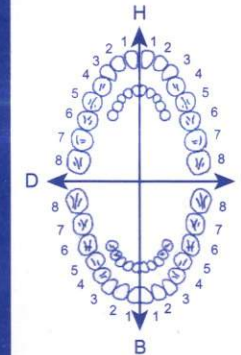
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

(Création, remont, adjonction)

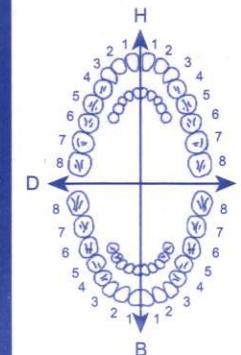
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr Mostafa TACHFINE

Diplôme Universitaire en Diabetologie

Université de Bordeaux France

Diplôme Universitaire d'Echographie

Expert Assermentéauprés des Tribunaux



الدكتور مصطفى تاشفين

حاصل على دبلوم لدا، السكري

بجامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Casablanca, le :

20 Janv 2024

الدار البيضاء، في :

M ELHARTANI Abdelrahman

390,00x3

GALUS R

153,40x3

1 - 0 - 1

2 +

Gly NORM 2mg

92,00x2

1 - 2 - 4

3 +

1 RAPRIC 4

30,70x3

KARDIGIC H

195,00x3

BONDELLE A Gly

89,00

2x1, 1x0,3mg

6 -

LIBRA 20

75,00

NAZAM 10

Dr Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd Driss ELHARTI C-D CASA
Tel : 05 22 38 69 87

Pharmacie El Manal
Dr. Naima Benhane
320 Bd. Oued Errabii, Oulfa
Tél : 05 22 38 28 29

361, شارع ادريس الحارثي بقرية الجماعة - الدار البيضاء

361,Bd Driss Elharti, CJ -Casablanca - Tél.: 05 22 38 69 87

265,30



PHARMACIE EL MANAL

320, BD OUM ERRABII, OULFA

Docteur en pharmacie

R.C :355074

Patente:35091196

T.V.A:092025188

C.N.S.S:7056931

Banque:190 780 212117567691 0011 34

Tél :0522 93 28 29

Le 20/01/2024

FACTURE N°206768

N° ICE : 001607520000095

ELHAYLANI ABDERRAHIM

N° IF : 51463579

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	ON CALL EXTRA BANDELETTE/50	195,00	0,00	195,00	585,00		585,00	97,50	20,00
<div>© 2020 ACON Laboratories, Inc.</div> <div>6 8 2 6 0 7 1 5 5 9 5 3 4</div> <div>INFO PHARMA 10, Rue Boulmane Bourgogne Casablanca 20040 Morocco Tel: + 212 5 22 22 34 07 + 212 5 22 22 12 55 + 212 5 22 22 47 45 92</div> <div>6 8 2 6 0 7 1 5 5 9 5 3 4</div> <div>INFO PHARMA 10, Rue Boulmane Bourgogne Casablanca 20040 Morocco Tel: + 212 5 22 22 34 07 + 212 5 22 22 12 55 Fax: + 212 5 22 22 47 45 92</div> <div>© 2020 ACON Laboratories, Inc.</div> <div>6 8 2 6 0 7 1 5 5 9 5 3 4</div> <div>INFO PHARMA 10, Rue Boulmane Bourgogne Casablanca 20040 Morocco Tel: + 212 5 22 22 34 07 + 212 5 22 22 12 55 Fax: + 212 5 22 22 47 45 92</div> <div>صيدلية المنال Pharmacie El Manal Dr. Nayla Bennani 320 Bd. Oum Errabii, Oulfa Tél: 0522 93 28 29</div> <div>INPE: 092025188 ICE: 001607520000095</div>									
BRUT TTC		585,00	- Remise	0,00	= NET TTC		585,00		

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

487,50

Montant

97,50

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams.