

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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

N° P19- 051544

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HASNAOULI SATIMA

Date de naissance : 28-08-60

Adresse : 3, Rue ALON DHABI 3, étage 15 Casan

Tél. 0668469996 Total des frais engagés : 250 + 4545,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26-08-2021

Nom et prénom du malade : HASNAOULI SATIMA Age :

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

Nature de la maladie : Asplénie, 1° DML + HTA

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 : 26-08-2021 Le : 26-08-2021

Signature de l'adhérent(e) :

Hasnaoui Satima

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
26/05/2020	Ceclh	-	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/2020	450

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Abdelkhalek CHOULADI
CARDIOLOGUE



الدكتور عبد الخالق شولادي
طبيب القلب

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé d'Echographie - Doppler Cœur et Vaisseaux

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس
الكشف بالأمواج مافوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca le 24.05.2023

3m

Handwritten signature: J. HANNAÏM FOLINS

Handwritten prescriptions:
(139,20 x3) Diltiazem 300 11,
(37,60 x4) Lisinopril 5 5
(98,30 x3) Amlodipine 2 11
(125,00 x6) Co. AMATEL 1 cp
(28,00 x4) Ibuprofen 1000 = 11
(158,00 x1) C. VERRAN 200 11
(28,00 x3) Co. BLANCO 20
(47,00 x2) CORALAN 7,5 x 7

PHARMACIE PRINCIPALE
Rond Point El Maani - Casablanca
Tél : 05 22 44 35 39
C.S.S. : 102499

PHARMACIE PRINCIPALE
Rond Point El Maani - Casablanca
Tél : 05 22 44 35 39
C.S.S. : 102499



CORALAN 7,5 mg

Boîte de 56 comprimés

PPV:475DH00

CORALAN 7,5 mg

Boîte de 28 comprimés

PPV:266DH00

CORALAN 7,5 mg

Boîte de 56 comprimés

PPV:475DH00

sur rendez - vous

05 22 44 49 49 / 05 22 44 35 39 - الهاتف : الدار البيضاء - (مقابل متجر الرياض) في
50, Rue Mostapha El Maani - (en face Centre Riad) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 35 39

LOT

PER

PPV

37,60

LOT

PER

PPV

37,60

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

PPV

LOT

PER

439,20

LOT 200409
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT

PER

PPV

37,60

37,60

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

PPV

LOT

PER

139,20

LOT 200408
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

PPV

LOT

PER

139,20

98,30

158,00

99,30

158,00

98,30

158,00

125,00

125,00

LOT 190818
EXP 02/2022
PPV 99.00DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 278,00 DH
6 118001 082018

125,00

Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 278,00 DH
6 118001 082018

125,00

LOT 190817
EXP 02/2022
PPV 99.00DH

125,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 278,00 DH
6 118001 082018

125,00

LOT 191330
EXP 04/2022
PPV 99.00DH