

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1135 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELLAHDI Abdelmoula

Date de naissance : 01.01.1947

Adresse : Residence ENHAJD 1m.2 Apt 233 Avenue

STENDHAL CAJABLanca

Tél. : 05 22 25 11 79 Total des frais engagés : 1791.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. EL BAROUDI
Cet Opticien
36, Bd. Roudoudi, Casablanca
Tél: 0522 47 66 50 / 0522 47 60 10
INP: 001048355

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.11.2020

Nom et prénom du malade : ELLAHDI Abdelmoula Age : 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA Hypertension veineuse

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 : CAJABLanca 02/11/2020 Le : 21.11.2020

Signature de l'adhérent(e) : DASSOUEIL

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
2/11/2020	47 REC CU	300	0tt	<i>AROUA Carlioune Babacar Cacblanc 52247600010535 5224760001048355 091048355</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimane Rés. Annabé - Bd Annabé - Casablanca - Casablanca - Casablanca Tél: +212 52 98 84 11 Fax: +212 52 98 84 11 </p>	14.01.2020	02101 12020 202007 53

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

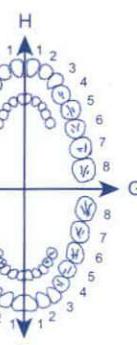
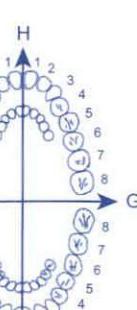
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

MA 35

Le 21.1.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
<p>Je soussigné:</p> <p style="text-align: center;">Signature</p> <p style="text-align: center;">Date: 27/07/10</p>	
<p>Certifie que Mlle, Mme, M : <u>Élisa Leclerc</u> di : <u>Abdomen</u> luy</p>	
<p>Présente <u>HIA</u> <u>Insuffisance</u> <u>veineuse</u></p>	
<p>Nécessitant un traitement d'une durée de:</p> <p><u>trois mois</u> à <u>un mois</u> le <u>traitement</u> <u>est à la date de l'ordonnance</u></p>	
<p>Dont ci-joint l'ordonnance: <u>Ex: Prise 20</u> <u>Dotien 1000</u></p>	
<p>(A défaut noter le traitement prescrit)</p>	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-13

322.44

Docteur Ilham EL BAROUDI
CARDIOLOGUE



الدكتورة إلهام البارودي

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
 خريجة كلية الطب بباريز
 طبيبة ممارسة سابقاً بمستشفيات باريز
 دبلوم الفحص بالصدر والدولي
 عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب وإيكو-دوبلير

- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

Casablanca le : 2/1/2020

Ellakhdia Abdellouele

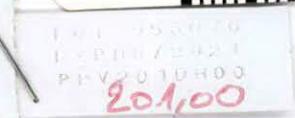
لـ 3 شهـ

Exforge 50

لـ 1 قـ

Daflon

لـ 1 قـ



201,00



201,00



Cabinet de consultation et d'exa

iaques

38, Boulevard Rachidi --- Casablanca ---

Tél.: 05 22 47.60.00 /10 . Fax : 05 22 47.60.10 . E-mail : ilham_elbaroudi@yahoo.fr



PHARMACIE ACHRAF
Dr. SLIMANE Slimane

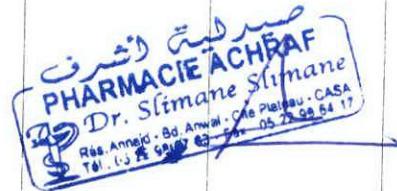
Page :1

FACTURE

N° FACTURE :23620
Date : 02/01/2020

Client :
ELLAKHDI ABDELMOULA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
EXFORGE 5/80 MG COMP	3	296.00	888.00
DAFLON 1000 MG 30 CP	3	201.00	603.00



Total TTC = 1491.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT-ONZE DHS

Bon rétablissement



Docteur Ihsam El Baroudi
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : ... El Aakhdar Abdourahmane

Date : 2/1/2020

Cabinet de Consultation et d'Explorations Cardiaques

38, Boulevard Rachidi Casablanca - Tél. : 05 22 47.60.00 - Tél. & Fax : 05 22 47.60.10
E-mail : el baroudi.i@wanadoo.net.ma

EL LAKHDI Abdellmoula

85 Kg

