

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-460270

3355C

Ca



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
10596

Matricule : *10596* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ABDELLAHIM ELHAYLANI*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06 61 26 92 83* Total des frais engagés : *150,42,10,30* Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd IDRIS EL HAJJI C-D CASA
T : 05 22 23 69 87

Cachet du médecin :

Date de consultation :

29 Mai 2021

Nom et prénom du malade :

M. EL HAYLANI abdelrahim Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DIABETE TI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : *Centre Aïal Ben Abdellah*

Le : *29/05/2021*

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelrahim El Haylan

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
01/01/2014	Q	0.1	150	INP : 123456789 091174654321 start-TACX UNABELDUC HARTIE-U CASA 15/09/2014

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/2021	2710,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr Mostafa TACHFINE

الدكتور مصطفى تاشفين

Diplôme Universitaire en Diabetologie

حاصل على دبلوم لداء السكري

Université de Bordeaux France

جامعة بوردو بفرنسا

Diplôme Universitaire d'Echographie

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

طبيب مكلف لدى المحاكم

M& No 594



ORDONNANCE

Casablanca, le : 29 Mai 2021

الدار البيضاء ، في :

M. El HAYLANI Ibrahim
39 ans X2

1 - GALVUS 50/1000
92,50 x 3 1 S.V

2 - INOPRIL 4 mg
78,70 x 4 m S.V

3 - DRAMICRON 60
30,70 x 3 3cp S.V

4 - KAROGIC 75 mg
120,70 x 4 m S.V

5 - Doliprane 30 mg
255,40 x 3 18 S.V

BAMPICOLITE a Glycerine
1 x 21

6 - Ciclosporine
27,10,70

Dr MOSTAFA TACHFINE
MEDICOIN DIABETOLOGUE
Bd DRISSE EL HARTI-CASABLANCA
Tel : 05 22 38 69 87

شارع ادريس الهاشمي . قرية الجماعة - الدار البيضاء

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



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



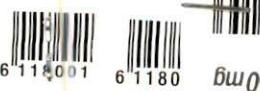
6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



LOT 210221 1 0221 1 221 1
EXP 01 2023 1 2023 2023
PPV 92 00 92 00 92 00

Marc

SERVIER MARC SERVIER
DIAMICRO
60 comprimés



SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



78,70

78,70

78,70

78,70

ZOLAM® 30 mg
28 gélules PRO

ZOLAM® 30 mg
28 gélules PRO

ZOLAM® 30 mg
28 gélules PR

ZOLAM® 30 mg
28 gélules PROMOPHARM s.a.

6 118000

6 11800

6 11800

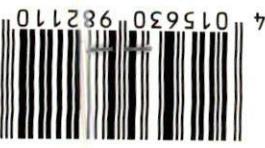
6 118000 240969

LOT 21001
PER 06/23
PPV 120DH70
120,70

LOT 21001
PER 06/23
PPV 120DH70
120,70

LOT 21001
PER 06/23
PPV 120DH70
120,70

21001
06/23
120DH70
120,70



REF 06454011200



REF 06454011200

REF 06454011200

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-check.com
Made in U.S.A.





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 01/06/2021

FACTURE N°162539

N° ICE : 001607520000095

MR EL HAYLANI ABDERAHIM

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	ACCUCKE ACTIVE \50 BAND	255,00	0,00	255,00	765,00		765,00	127,50	20,00

BRUT TTC 765,00 - Remise 0,00 = **NET TTC** 765,00

Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	637,50	Montant	127,50
-----------------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	--------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Sept Cent Soixante Cinq Dirhams.