

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-460272

83978

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10584

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL HAYLANI ABDEPRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661 26 92 83

Total des frais engagés :

22770

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR MOUSTAFA TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
3618 Bd IDRISS EL HARTI C-D CASA
Tél : 05 22 38 69 87

Date de consultation :

11 Sep 2021

Nom et prénom du malade :

M. EL HAYLANI Abdelrahman

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

DIABETE II

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 :

10/09/2021

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
11/09/2021	Q1	11	110	INP : 00000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Espérance	11/09/2021	2971,75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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 <table border="1"> <tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

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 Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور مصطفى تاشفين

حاصل على دبلوم لداء السكري

بجامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Casablanca, le : 11 Sept 2021 : الدار البيضاء ، في :

M. ELHAYLANI Abdelhakim

39,00 x 2 - GALVIMER 30/1000

78,70 x 4 1 - - - 1

2 - DIAMICRON

92,00 x 4 1 - A - 1

3 - INOPRIL 4mg

30,70 x 3 1

120,70 x 4 - LAROXIC 75

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

ZALAMBO

28,00 x 3

BANDAGLIA GLYCON

3 x 1

Pharmacie El Manai
Dr Naïwa Bennani
320, Bd Oum Errabi, Oulfa
Tel : 05 22 93 28 29

361 - شارع ادريس الحارثي . قرية الجماعة الدار البيضاء

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

169,00

1- Dalico

DOLICOX 90 mg
Etoricoxib
14 Comprimés pelliculés



6 118000 041955

PPV: 169DH00
PER: 05/24
LOT: K1301

2971,70

DR. HASSAN TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd IDRISS EL HARTI C-D CASA
105 22 38 69 87

78,70

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



78,70

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



78,70

DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



78,70

LOT: 21E005
PER: 12/2022
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70



LOT: 21E005
PER: 12/2022
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70



LOT: 21E005
PER: 12/2022
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70



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

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.
21001
06/23
120DH70

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.
21001
06/23
120DH70

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.
21001
06/23
120DH70

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.
21001
06/23
120DH70

6 118000 240969
ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.
21001
06/23
120DH70

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DM/21NRQ
6 118000 022220
LOT 210833 1
EXP 03 2023
PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DM/21NRQ
6 118000 022220
LOT 210833 1
EXP 03 2023
PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DM/21NRQ
6 118000 022220
LOT 210833 1
EXP 03 2023
PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DM/21NRQ
6 118000 022220
LOT 210833 1
EXP 03 2023
PPV 92 00



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 11/09/2021

FACTURE N°166791

N° ICE : 001607520000095

MR ABDERRAHIM EL HAYLANI

N° IF : 51463579

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	ACCU-CHEK PERFORMA /50 BANDL	255,00	765,00	127,50	20,00
<div><div><div>REF 06454011200</div><div></div><div>4 015630 982110</div></div><div><div>REF 06454011200</div><div></div><div>4 015630 982110</div></div><div><div>REF 06454011200</div><div></div><div>4 015630 982110</div></div><div><div> Roche Diabetes Care GmbH Sandhofer Strasse 116 68305 Mannheim, Germany www.accu-check.com Made in U.S.A.</div><div></div></div></div> <div>Pharmacie El Manal Dr. Najoua Bennani 320, Bd. Oum Errabii, Oulfa Tél : 05 22 93 28 29</div>					
TOTAL T.T.C :				765,00	

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

765,00

Montant

127,50

Arrêté la présente facture à la somme de :

Sept Cent Soixante Cinq Dirhams.