

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.

armacie :

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

91958

Déclaration de Maladie : N° P19-0005341

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7121

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAKANI Abdelhadi

Date de naissance : 14/03/1963

Adresse : Rue 14 N° 61 LOT agencement urbain OULFA CASN

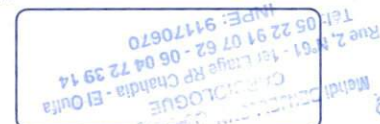
Tél. : 0665346216

Total des frais engagés : 934,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2021

Nom et prénom du malade : HAKANI ABDELHADI

Age : 58

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 :

Le : 12/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/10/21	CSK ECG		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture

09/10/21

684,52

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

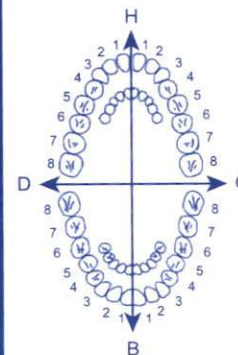
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

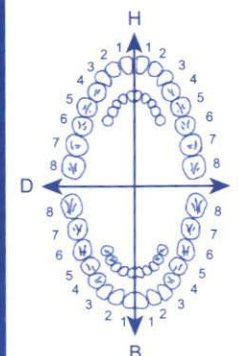
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرييين

Casablanca, le : 09/10/2021

Nom et Prénom :

HAKANI Abdelhadi

92,00.

X 6

COVERSYL 5 MG

1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois



INIKAL 5

1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois



43,00

89,00

Handwritten notes and signatures:
- "Lixidol" (partially obscured)
- "gel / i b mi" (partially obscured)
- "SV" (circular logo)

684,00

PHARMACIE AL QUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oulfa
Tél / Fax : 05 22 22 91 07 - 05 22 22 91 14
CASABLANCA
Tél : 001541488000057

Lot/À consommer:
de préférence avec

X1011 0325
LOT PER

Prix

89.50



92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



inikal® 5 mg

30 comprimés



92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



LOT : 201337
UT AV: 09/2023
PPV: 43,00DH

92,00

92,00

☐ valable 3 mois

Le ... 09/10/2021 ...

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HANON, ABDEL HAN

Présente

une Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

2 mois

couverture

et INIHA

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

ID:
D-naiss:
ans,

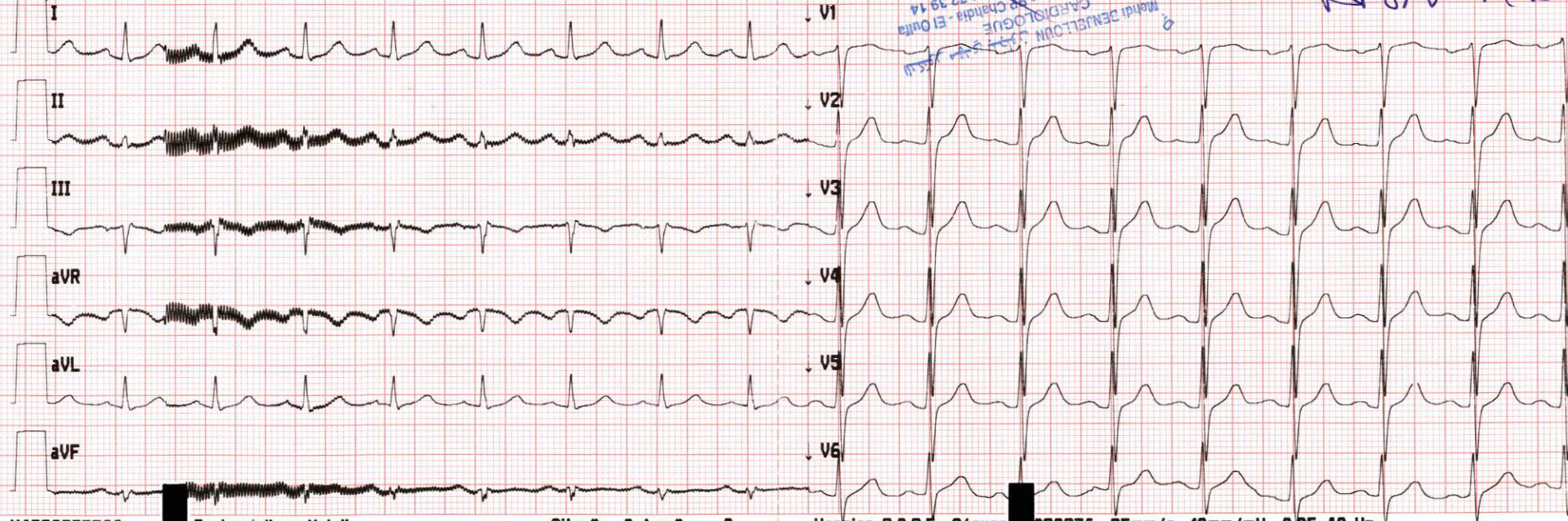
9-Oct-2021 13:26:11 Fréq. Card.: 101 BPM
Axes P-R-T: * -8 18 Int PR: *ms
Dur.QRS: 101ms QT/QTc: 342/400ms

9-Oct-2021 13:26:11

70.557

~~INPE: 91170678
Rue 2, N°61 - Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
CARDIOLOGUE
Mehdi BENJELLOUN~~

HATANI
ABDELHAKIM



114330225506

Dr. benjelloun Mehdi

Site * 0 App. * 0

Version 2.0.3.5

Séquence *20276

25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz