

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.

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.

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 1054921'

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4676- Société : 93503

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JRAIF Nadj

Date de naissance : 12-08-1953

Adresse : Im. 17, N° 24, cité ELASSANI - CASA

Tél. : 06 61 32 2589 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 25 / 11 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Notes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/2020	633,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

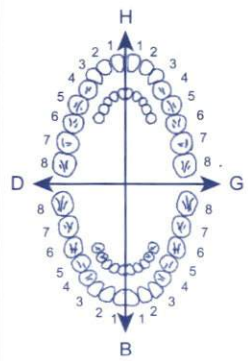
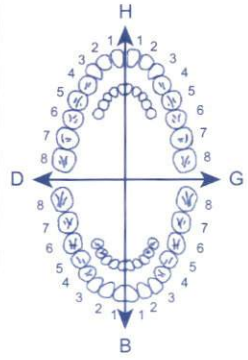
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS											
					DEBUT D'EXECUTION											
					FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(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

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE diplômé de la faculté

Casablanca, le 24 août 2021

de médecine de RENNES. FRANCE. Pose de PM
222 BD BRAHIM ROUDANI MAARIF
CASABLANCA

Tél. cabinet : 05 22 99.18.78
E-mail : ra-hachmi@hotmail.com

M. Najib JRAIF

5029

Né le : 12/08/1953

114,30
IDV 1143H30
PER 06/24
LOT 81676

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

114,30x1 1°DIPREZAR : 1cp matin
27,70x1 2°CARDIOASPIRINE : 1cp le matin
185,70x1 3°CRESTOR 10 : 1cp lsoir
69,00x3 4°PRAXILENE 200 : 1cp matin et soir
99,00x1 5°OEDES 20 : 1cp le soir
6°ADDITIVA Mg 300 : 1sachet soir

QSP 3 MOIS

Ye 633,70

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Maphar
Bd Alkimia N°6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH
6 118001 183111

LOT : 200757
UT AV : 12/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 200757
UT AV : 12/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 200757
UT AV : 12/2022
PPV : 69,00DH

LOT 201593
EXP 06/2023
PPV 99.00DH

ICE: 002291220800071
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
220-222-224 Bd. Roudani El Oufia
Docteur Rachid El Hachmi
Zekri Abdelatif

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahimi Roudani
Tél: 05.22.99 18 78 - CASABLANCA

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

23/11/21



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 24.12.2011

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné: **Dr. Rachid EL HACHMI**
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 91 18 79

Certifie que **Mme, M**: **TRAUF MADI**

Présente **conjointe AOMI**

Nécessitant un traitement d'une durée de: **3 mois**

Dont ci-joint l'ordonnance: **Dr. Rachid EL HACHMI**
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 91 18 79

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26 49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

FACTUREN°: 21/21

Client : JRAIF NAJIB

Adresse :

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 25/11/2021

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
25/11/2021	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	185,70	1	185,70
25/11/2021	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
25/11/2021	CO	PRAXILENE 200MG B : 20 CPS	69,00	3	207,00
25/11/2021	CO	DIPREZAR 50MG/12.5 B : 28 CPS	114,30	1	114,30
25/11/2021	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	99,00	1	99,00
Total					633,70
Remise					
Net					633,70

Dont TVA	6,48
----------	------

Arrêtée la facture à la somme de :

Six Cent Trente Trois Dirhams, Soixante Dix ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI ALDELAL
Docteur en Pharmacie
220/222/224 BD Oued Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13
ICE: 00229122000071

ADRESSE: 220/222/224 BD OUED MOULOUYA OULFA CASABLANCA

TEL: 0522905113 - FAX: - TP: 36001574 - CNSS: 1304188 - TVA: - IF: 45617898 - ICE: 002291220000071