

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Sons 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

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.

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1676* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *JRAÏF Hafid*

Date de naissance : *12.08.1953*

Adresse : *17 N° 24 route Hassan II CASA*

Tél. : *06.61.32.25.89* Total des frais engagés : ..... Dhs *532*

### 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 : *18/04/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ZEKERI ABDELKADER SOCIETE DE MARCHANDISAGE DU MEDICAMENT ET DU DROGUE ZERKERI AL MAMOURYAH</i>	<i>22/11/2018</i>	<i>5325</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

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

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

Casablanca, le 15 février 2022

M. Najib JRAIF

5029

Né le : 12/08/1953

PPV: 114DH30  
PER: 01/25  
LOT: L058

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

1°DIPREZAR :1cp matin

2°CARDIOASPIRINE :1cp le matin

3°CRESTOR 10 :1cp lsoir

4°OEDES 20 :1cp le soir

5°SPASMAG :1ampoule matin et soir

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

6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V. : 188,70 DH

6 118001 183111

LOT 210585  
EXP 12/2023  
PPV 99.00 DH

QSP 3 MOIS



Dr. Rachid EL HACHMI  
CARDIOLOGUE  
222, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 99 18 78 . CASABLANCA

52,90

52,90

le 12/05/22

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



**MUPRAS**

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

Le .../.../...

Dr. Rachid EL HACHMI

CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani

Tel: 05 22 90 18 78 - CASABLANCA

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Dr. Rachid EL HACHMI à remplir par le praticien

Je soussigné: **CARDIOLOGUE**  
.....  
.....  
.....

222, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 90 18 78 - CASABLANCA

Certifie que Mlle, Mme, M : Dr. A. F. M. T. B.

Présente

A. F. M. T. B. commandé

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 90 18 78 - CASABLANCA

(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 MOULOUEYA

FACTUREN°: 15/22

Client : JRAIF NAJIB

Adresse : 24 HAY HASSANI IM 17

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 18/04/2022

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
07/04/2022	CO	DIPREZAR 50MG/12.5 B : 28 CPS	114,30	1	114,30
18/04/2022	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
18/04/2022	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	185,70	1	185,70
18/04/2022	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	99,00	1	99,00
18/04/2022	AB	SPASMAG B: 30 AB	52,90	2	105,80
				Total	532,50
				Remise	0,00
Dont TVA		13,40			Net 532,50

Arrêtée la facture à la somme de :  
Cinq Cent Trente Deux Dirhams, Cinquante ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUEYA  
Casablanca, Tél: 0522-905113  
Fax: 36001574 - CNSS: 1304188 - TVA: - IF: 45617898 - ICE: 00229122000071