

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14676

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JRAIF Nafy

Date de naissance : 12.08.1953

Adresse : 17 n° 214 406 HASSANI CASA

Tél. 06 61 32 25 89

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 : 06/06/2017

Le : 06/06/2017

Signature de l'adhérent(e) :



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
PHARMACIE WILAYA DE TLEMCEN ZEKRI A. Pharmacie Domicile : 22224 Sidi Abdellah Téléphone : 0522 91 20000 Abidjan - Tel : 010 22224 22224	16/6/22	532,50

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 de l'ODE.

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

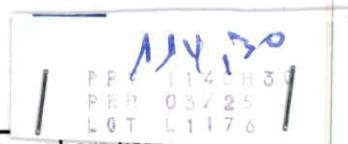
Tél. cabinet : 05 22 99.18.78
E-mail : ra-hachmi@hotmail.com

Casablanca, le 15 février 2022

M. Najib JRAIF

5029

Né le : 12/08/1953



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

114,30
1°DIPREZAR

:1cp matin

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

27,70

2°CARDIOASPIRINE

:1cp le matin

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH

185,70

3°CRESTOR 10

:1cp lsoir

99,00

4°OEDES 20

:1cp le soir

52,90 x 2

5°SPASMAG

:1ampoule matin et soir

6 118001 090280

6 118001 183111

LOT 210601
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

QSP 3 MOIS

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI AL HACHMI
Dr. Rachid El Hachmi
222 Bd. Moulay El Oulfa
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13
ICE: 002291320000077

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tel: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

le 12/05/22

30 أمبولة للشرب من فتحة 10 مل

52,90

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

30 أمبولة للشرب من فتحة 10 مل

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

FACTUREN°: 23/22

Client : JRAIF NAJIB

Adresse : 24 HAY HASSANI IM 17

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 16/06/2022

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Qantité	Total
08/06/2022	CO	DIPREZAR 50MG/12.5 B : 28 CPS	114,30	1	114,30
16/06/2022	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
16/06/2022	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	185,70	1	185,70
16/06/2022	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	99,00	1	99,00
16/06/2022	AB	SPASMAG B: 30 AB	52,90	2	105,80
				Total	532,50
				Remise	0,00
				Net	532,50
Dont TVA		13,40			

Arrêtée la facture à la somme de :

Cinq Cent Trente Deux Dirhams, Cinquante ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEHRI Abdehali
220/222/224 BD OUED MOULOUYA OULFA
Casablanca Tel: 0522 90 51 73
ICE: 00291220000071



MUPRAS

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

Le 17.12.1.2.2.

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 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 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

Amitié son amie

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