

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-715622

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4976

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HAFID Abdelhak

Date de naissance : 11/06/1964

Adresse : Casa

Tél. : 06 64 16 24 59

Total des frais engagés : 1551,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2018

Nom et prénom du malade : HAFID ABDELHAK

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 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.

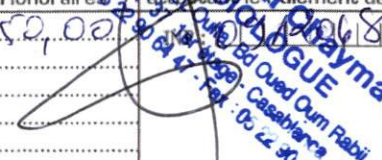
Fait à : MAHARRACH

Le : 27/06/2018

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
10/06/2022	CS + ECG	252,00	252,00	

Dr. Houma Chaymaa  
Casablanca  
05 22 91 17 31

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/06/2022	130145

Pharmacie Hayel Wiam  
252 BD OUED SEBOU OULEA  
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31  
INPE: 092030949

**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
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<p style="text-align: center;">H</p> <p style="text-align: center;">25533412 21433553</p> <p style="text-align: center;">00000000 00000000</p> <p style="text-align: center;">D G</p> <p style="text-align: center;">00000000 00000000</p> <p style="text-align: center;">35533411 11433553</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>
<p style="text-align: center;">H</p> <p style="text-align: center;">25533412 21433553</p> <p style="text-align: center;">00000000 00000000</p> <p style="text-align: center;">D G</p> <p style="text-align: center;">00000000 00000000</p> <p style="text-align: center;">35533411 11433553</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>		



**CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :**  
**ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,**  
**ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS**

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب و تشخيص الأوعية بالدوبلير - تسجيل الضغط الدموي و القلب 24 ساعة - اختبار الجهد

الدكتورة شيما هواري

**Dr Chaymaa HOUARI**

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

**Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires**

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France



*Dr HARI ABDELAH*

*27,70 x 3*

*8/ Cardioaspirine 100 mg/30cps (un)*

*2/ RoZAT 100 mg (un)*

*8/ Coveram 100 mg/30cps (un)*

*4/ Cardural 100 mg (un)*

*1301,40*

صيدلية حي الوفاء  
 PHARMACIE HAY EL WIAM  
 252 BD OUED SEBOU OULFA  
 CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31  
 INDF \* 007030049

Dr. HOUARI Chaymaa  
 CARDIOLOGUE  
 Lotissement EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii  
 G/P N° 37, 1er étage, Casablanca  
 Tél: 05 22 90 64 47 - Fax: 05 22 90 64 48

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.  
 6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.  
 6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétylsalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.  
 6 118001 090280

PPV: 147DH40  
 PER: 04/24  
 LOT: L1376

PPV: 147DH40  
 PER: 04/24  
 LOT: L1376

PPV: 147DH40  
 PER: 04/24  
 LOT: L1376

6 118001 100859  
 Cardensiel® 2,5 mg  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859  
 Cardensiel® 2,5 mg  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859  
 Cardensiel® 2,5 mg  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

208,00

208,00

208,00

INP : 091204834

قبة - شارع أم الربيع - قرب "رقم" 1301,40  
 Oulfa, Bd Oued Sebou Oulfa, en face du Laboratoire KARIMLAB G/P N° 37, 1er étage Casablanca  
 Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiouari@gmail.com