

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Déclaration de Maladie

N° M21- 042528

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1135 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELLAKHDI Abdelmoula
 Date de naissance : 01-01-1947
 Adresse : Résidence ENNAJD 1m 22 APT 233
 Avenue STENDHAL CASABLANCA
 Tél. : 0522251179 Total des frais engagés : 1202,40 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAZI Nasser
Gastro Entérologue
38, Angle Bd Lalla Yacout Rue El Araar
Casablanca - Tél: 0522 22 29 12
N° 091133892

Date de consultation : 06/09/2022
 Nom et prénom du malade : ELLAKHDI Abdelmoula Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Colopstomie
 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 : CASABLANCA Le : 06/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06/09/22	G2		300 dh.	Dr. TAZI Nasser Gastro Enterologue 38, Angle Bd Lalla Yacout Rue El Araar Casablanca - Tél: 0522 22 29 12 INP: 091133892

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Agnès Dr. Slimane Régence - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA Tél: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 17	06.09.22	902,40

INPE:092001452

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

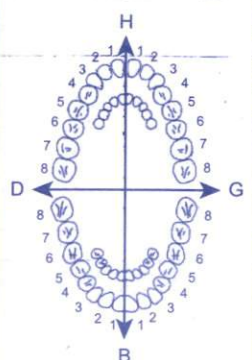
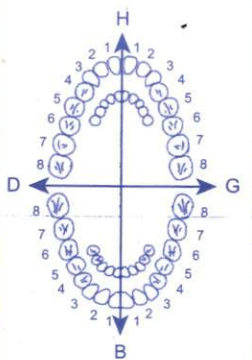
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

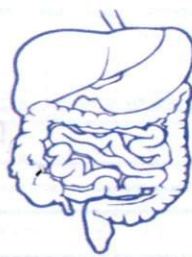
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur TAZI Nasser

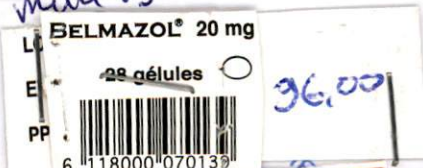
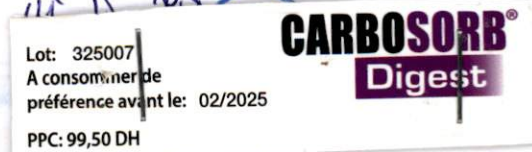
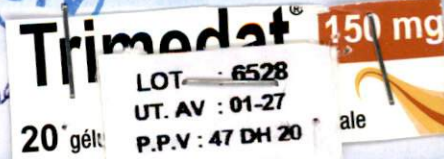
Diplômé de la faculté
de médecine de Nancy
Spécialiste
des Maladies de l'Appareil Digestif
Endoscopie et échographie Digestives

Sur Rendez-vous

Casablanca, le : 06 SEPT 2022



الدكتور التازي ناصر
خريج كلية الطب بنانسي
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير)
الكشف بالمنظار والصدى
بالموعد



Dr. TAZI Nasser
Gastro Entérologue
38, Angle Bd Lalla Yacout Rue EL ARAAR
Casablanca - Tél: 05 22 22 29 12
INP: 091 553892

Mr ELIAKHOU Abdelouahab

27.50

1) Spasfon 1^{re}

47.20 x 2 / 94.40

2) Trime-dat 2^{de}

1 gélule x 3 ly

99.50

3) Carbosorb digest 1^{re}

1 gélule mdr et lair
rep

36.00

4) Belmazol 1^{re} de 28

2 gélules

20.00

197.00 x 3 / 591.00

5) Expn

902.40

38, Angle Bd Lalla Yacout - Rue EL ARAAR
(Ex. Rue Gay Lussac) - Imm BMCI Casablanca
Tél.: 05 22 22 29 12 - GSM : 06 61 31 84 07

38, زاوية شارع للا الياقوت زنقة العرعار
عمارة بمسي - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 22 29 12 - المحمول: 06 61 31 84 07

EX
LO

611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

09 2024
BATP9

EX
LO

611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

02 2024
BXU98

EX
LO

611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

09 2024
BATP9

12



PHARMACIE ACHRAF
Dr. SLIMANE Slimane

Page :1

DEVIS

N° DEVIS : 86840
Date : 06/09/2022

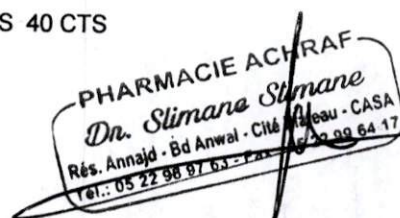
Client :
MR ELLAKHDI ABDELMOULA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
TRIMEDAT COMP	2	47.20	94.40
SPASFON 80 MG 30 COMP	1	27.50	27.50
CARBOSORB DIGEST /30GEL	1	99.50	99.50
BELMAZOL 20 MG 28 GELULES	1	96.00	96.00
EXFORGE 5/80 MG COMP	3	195.00	585.00

Total TTC = 902.40

Arrêtée Le Présent Devis à La Somme De : NEUF CENT-DEUX DHS 40 CTS

Bon rétablissement



442 RESIDENCE ANNAJD Angle Av Anwal et Av stendhal cite plateau CASABLANCA Tel:0522 98 97 63
Fax:0522 98 64 17 R.C :275144 - Patente:34712528 - I.F: 42205000 - CNSS: 6017736 - I.C.E: 000448700000012