

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

- 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.

M22- 0008469

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8120 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAQADAD Hamid

Date de naissance : 18/07/1969

Adresse : Lat. Oulel. Taleb. Rue d. NR 61 App. 08. Ain Chok Casablanca

Tél. : +212 68 85 0382 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2022

Nom et prénom du malade : HAFID RAHIMA EMMAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 77027077

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 : / /

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
31/08/2021	6		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ARMACIE 14 Rue El Qods 1005 Beyrouth Lebanon	31-08-22	866.60

~~AIR ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

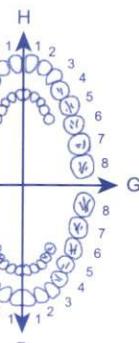
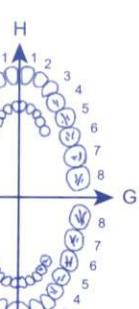
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed Ali BENNANI

Cardiologue

Spécialiste des maladies du cœur, des vaisseaux et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



الدكتور محمد علي بناني

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأمواج فوق الصوتية والدوبلا

تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

تسجيل مستمر لخطيط القلب لمدة 24 ساعة

تخطيط القلب عند المجهود

علاج الدوالي (العروق المتتفاخة بالساق)

بالموعود

Casablanca, le :

31/08/2022

الدار البيضاء، في :

Nom :

HAIRY BABA

5/11/2022

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle
1 Rue 4 Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira
1er Etage Tél/Fax: 05 22 59 51 00

PHARMACIE ACHIR
191 Bd EL Qods Lot Mandarona
Rue 14 Inara I Ainchok-Casa
Tél: 05 22 52 82 53

MR. APT POLY PHARMACIE ACHIR

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle
1 Rue 4 Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira
1er Etage Tél/Fax: 05 22 59 51 00

666.60

S.V

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle
1 Rue 4 Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira
1er Etage Tél/Fax: 05 22 59 59 00

صيدلية عشير
PHARMACIE ACHIR
191 Bd EL Qods Lot Mandarona
Rue 14 Inara I Ainchok-Casa
Tél: 05 22 52 82 53

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

عدم توقيف الوصفة حتى الموعد المقبل في :

1، زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى الكندي (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr

Bipravil®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبلة 30

5



125,60

Bipravil®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبلة 30

5



125,60

Bipravil®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبلة 30

5



125,60

Bipravil®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبلة 30

5



125,60

Bipravil®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبلة 30

5



125,60

Bipravil®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبلة 30

5



125,60