

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

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

M22- 0035147

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349

Société : RAO

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUAFI EL Mostafa

Date de naissance : 27/09/1958

Adresse : la même

Tél. : 0658607864

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilhame HJAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mar.
Rés. Carré d'Or - Casablanca
GSM: 06 61 71 100

Date de consultation : 20/02/23

Nom et prénom du malade : LOUAFI El Mostafa Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 12/04/2023

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
2/2/23	consulte			Dr. Ilhame HJIAJ Cardiologie Adulte et Pédiatrique 79 Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars Rés. Carré d'Or Casablanca GSM:06 61 71 00 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAFOU Dent Laboratoire Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars Casablanca Tél: 0522 81 35 83 Fax: 0522 81 31 27	22/2/23	1585,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

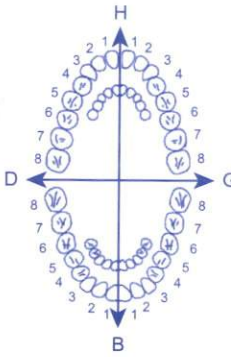
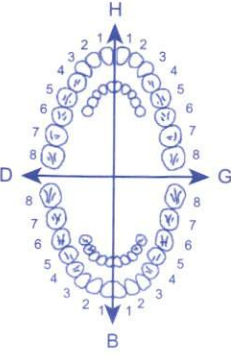
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CCEFFICIENT 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 DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



اختصاصية في أمراض القلب

للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبيلي و باريس - فرنسا

Casablanca, le :

20/02/23

Nom :

M^{re} ZOUMAFI Elmostafa

107.60 101 Bisoprolol 2,5 2x/2 qd/1
x4 matin et soir
113.50 201 Hypermin 1mg 4x/1
x3
185.20 301 Sulist 160 10/25 4x/1
x3 401 Akerdil 75 4x/1
x3

86.40 x3
1585.76
PHARMACIE LAFFOU
Rue de Rome, Angle Bd 2 Mars
Casablanca
Tél: 0522.81.54.54 / 0522.81.54.54
Fax: 0522.81.54.54

Dr. Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars
Res. Carré d'Or - Casablanca
GSM: 06.61.71.00.44



30 comprimés
30 قرصا

تلمتيدین

HYPERIUM® 1mg
rilmenidine

SULIAT® HCT
160 mg / 10 mg / 25 mg
28 comprimés pelliculés



عن طريق الفم



هكت

PPV 1850DH20



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca



185,20 - 185,20

ASKARDIL®

Acide acétylsalicylique

75 mg

30

comprimés

PPV: 86DH40

PER: 07/25

LOT: L2577-1

PPV: 86DH40

PER: 05/25

LOT: L1562-2

PPV: 86DH40

PER: 05/24

LOT: K1300-3

ASKARDIL 75 mg

BISOPRAL

2,5 mg

comprimés pelliculés sécables

LOT 211496

EXP 06 2024

PPV 107.60 DH

LOT 211100

EXP 04 2024

PPV 107.60

LOT 220664

EXP 02 2025

PPV 107.60

LOT 210104

EXP 02 2024

PPV 107.60