

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.

A Remettre au HCP
Déclaration de Maladie



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

N° W21-695776

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0592** Société : **MAARIF**

Actif Pensionné(e) Autre : **164150**

Nom & Prénom : **HAJJOU AHMED**

Date de naissance : **15/10/31/1944**

Adresse : **15 RUE JULES GIROS SITE CALIMA BLOC 4
N° 6 OASIS CASABLANCA**

Tél. : **06 288 45 93** Total des frais engagés : **0** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **05/06/2023**

Nom et prénom du malade : **MAASSOUR ALLAL** Age : **79**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HT**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACCIDENT**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme confidentielle à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

M 07 JUIN 2023 **MUPRAS BOUZACHANE**

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 : **CASA** Le : **04/06/2023**

Reçu de l'adhérent(e) : **AK**



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/04/2023 | Valeurs | 100 | INP : 091026591 | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE LOUVIERS SA YOLANNE BELAACHA 121 93 Caud 77000 Tél: 05 22 90 51 21 | 5/04/2023 | 411,30 |
| | 05/04/2023 | 83,10 |

ANALYSES, RADIOGRAPHIES

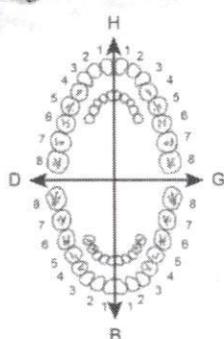
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

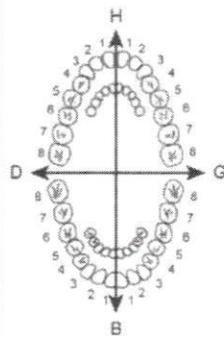
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Professeur Ahmed BENNIS



Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 05/04/2023

M. AHMED HAJJOU

- 1) AUGMENTIN Poudre Pour Suspension Buvable Sachet à 1 g/125 mg Bte
24 Sachet

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 10 jours

- 2) SEPSEN 500

1 le matin et le soir, pendant 10 jours

74,80 x 2

- 3) FUCIDINE Pommade à 2 % Tube 15 G

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 1 mois

39,70

222

18

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPU: 222,00 DH
LOT: 650801
PER: 08/24

© est une marque déposée

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass Maarif - Casablanca
Tel: 05 22 25 36 90

PHARMACIE LOUKKOS SARL
YOUNES BELAYACHI
105, 127 Bvd Oued Zz Ouid Casablanca
Fax: 05 22 90 51 07

411,30

98 Angle Rue Kadi lass et Rue Abou Salt Andaloussi (Prés de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le **05/04/2023**

M. AHMED HAJJOU



1) APROVEL Comprime Pellicule à 300 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

X 27/04/23

2) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

83,10



Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
45 Rue Kadi lass Maârif Casablanca
Tél. 0522253600 - Fax 0522253601 - Mobile 0661321866