

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
- 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.

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- 0061238

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1215 Société : RAM 172530

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Fikri Aziza

Date de naissance : 08/06/2023

Adresse : Soteu

Tél. : 0661194838 Total des frais engagés : 4108170 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : Fikri Aziza Age : 23

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète type II + Hypothyroïdie

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 : Le : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

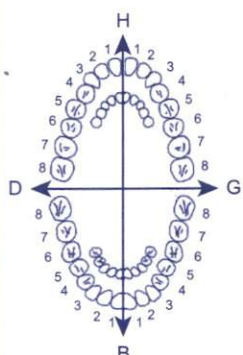
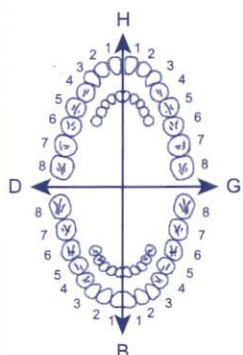
[illegible]

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca
Diplômé universitaire de Gériatrie - Gériatologie
de l'Université de Bordeaux

OMNIPRATICIEN

Gériatrie- Gériatologie
Suivi des maladies chroniques
Troubles du sommeil
Douleurs chroniques
Santé mentale

Echographie
Electrocardiographie

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء
دبلوم جامعي في طب الشيخوخة - علم الشيخوخة
من جامعة بوردو - فرنسا

طبيب عام

طب الشيخوخة
متابعة الأمراض المزمنة
اضطرابات النوم
الآلام المزمنة
الصحة النفسية

الفحص بالصدى
13/06/2023 تخطيط

$92.00 \times 3 = 276.00$ MME ZIKRI AZIZA

- Coversyl 5 mg - comprimé pelliculé sécable
1 Comprimé, matin pendant 3 mois

$38.00 \times 4 = 152.00$

- Maltofer 100 mg - comprimé
1 Comprimé, midi et 1 Comprimé à 20h pendant 2 mois

$69.00 \times 3 = 207.00$

- BIOFAR ACEROLA - Comprimé
1 Comprimé matin pendant 2 mois

$281.00 \times 6 = 1686.00$

- Glucophage 1000 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé midi et 1 Comprimé soir pendant 3 mois

(R)

- Levothyrox 50µg - comprimé sécable
1 Comprimé, matin à jeun pendant 3 mois

(R)

- Hec - pommade
1 application par jour le soir (Sans toucher l'oeil)

95.00

- Septidol 8 - gel
Pour lavage quotidien matin et soir (Séchage en
sans frotter ou séchoir) pendant 2 mois

$39.60 \times 2 = 79.20$

- Myk 1% - crème

Docteur Marouane HAKAM
Médecine générale
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleuri - Casablanca

Tel: 05 22 25 87 48 - email: cabinethakam@gmail.com
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème étage. Val fleuri - Casablanca
89, شارع سطنال، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء.
Tel: 05 22 25 87 48 - info: cabinethakam@gmail.com

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :
Bat BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20
بل : PPC : 69.00

Ut Av 11/2024 Lot : 12/79/4

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :
Net weight : 90g
الوزن الصافي :

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :
Bat BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20
بل : PPC : 69.00

Ut Av 11/2024 Lot : 12/79/4

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :
Net weight : 90g
الوزن الصافي :

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :
Bat BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20
بل : PPC : 69.00

Ut Av 11/2024 Lot : 12/79/4

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :
Net weight : 90g
الوزن الصافي :

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



38,50

Maltofer®
Fer (II)
Comprimés pelliculés boîte de 30



Maltofer®
Fer (II)
Comprimés pelliculés boîte de 30



92,00

92,00

92,00

92,00

38,50

1 application, matin, soir pendant 2 mois après lavage au septidol (sur les 2 pieds)

- **Addax Expert Ongles - solution filmogène**

1 Application, matin, soir pendant 2 mois après lavage de la surface des ongles des pieds

- **Venoxyl - gel**

1 Application, soir sur les pieds et les jambes pendant 1 mois

Arrêter Nebilet / Dans 4 semaines : Automesure tensionnel et automesure glycémique (6 points)

PHARMACIE EL WARTAN
PHARMACIE EL WARTAN
LAVAGE DES DOIGTS
24, 22 - 25 - 26 - 27 - 28
051 081 - 25 - 26 - 27 - 28

28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



MYK1%
CRÈME, tube de 15g



Docteur Marouane HAKAM
Médecine générale
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleur - Casablanca
Tel: 05 22 25 87 48 - INPE : 091282782

LOT 230391
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

LOT 230391
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

28,00

MYK1%
CRÈME, tube de 15g



MYK1%
CRÈME, tube de 15g

39,50

VE

LOT V73 0725
PER 82.50

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



MYK1%
CRÈME, tube de 15g
39,50

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH