

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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.

PRAS : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0046004

NO 10432

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1135 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELLAKHDI Abdelmoula
Date de naissance : 01.01.1947
Adresse : Avenue STENDHAL Résidence ENNAJID
Im 22 APT 233 CA/ABLANCA
Tél : 0522 251179 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02.12.2019
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CA/ABLANCA Le : 02/12/2019
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ACHRAF
Dr. S. Achraf
Rég. Annapolis - 50 Annapolis - Cile Plateau - CEA
Rég. Annapolis - 50 Annapolis - Cile Plateau - CEA
Rég. Annapolis - 50 Annapolis - Cile Plateau - CEA

23/11/19

888,00



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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

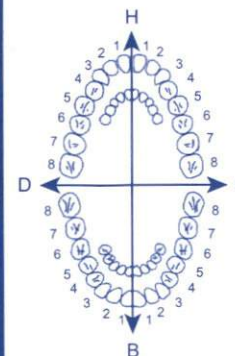
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

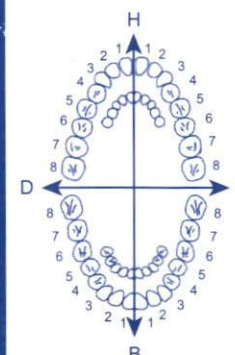
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 11.3.2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr Ilham EL BAROUDI
Cardiologue
38, Bd. Rocher, Casablanca
Tel: 0522 47 60 10 / 0522 47 60 10
INP 051048355

Certifie que Mlle, Mme, M : ELLakhd Abdelmoula

Présente

HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de:

trois mois a renouveler

Dont ci-joint l'ordonnance: Exforge Relaxol Maz

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr Ilham EL BAROUDI
Cardiologue
38, Bd. Rocher, Casablanca
Tel: 0522 47 60 10 / 0522 47 60 10
INP 051048355

PHARMACIE ACHRAF
13 NOV. 2019

Rav Annaji Bd Anwal Cité Plateau - CASA
Tel: 05 22 38 97 63 Fax: 05 22 38 94 17

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel: 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax: 022 91-26-52

E-mail: Mupras @ royalairmaroc.com

02 2022
BJL70

3110



6118001030583

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

02 2022
BJL70

3110



6118001030583

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

06 2021
BEK30

4994



6118001030583

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

1128344-A14-MA

06899

Docteur Ilham EL BAROUDI
CARDIOLOGUE



الدكتورة إلهام البارودي

- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

- إختصاصية في أمراض القلب والشرائين
- خريجة كلية الطب بباريز
- طبيبة ممارسة سابقا بمستشفيات باريز
- دبلوم الفحص بالصدى والدوبلير
- عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو-دوبلير

Casablanca le : 11/3/2019

PHARMACIE ACHRAF
13 NOV. 2019
R. Amal Bd Amal Cité Hassan II
Té 05 22 47 60 00 Fax 05 22 47 60 10

EL Lakhdi Abdelmoula.

296.00 x 3 / 888.00

296.00 x 3 / 888.00

Exforge

PHARMACIE ACHRAF
13 NOV. 2019

H d.

3 mm 53.10

1 cf /

1 mat.

Relaxol 1b

1 cf mat. et sur
et durées.

45.00 x 2 / 90.00

Mag 2

2b

1 Ap x 2 /

1031.10

PHARMACIE ACHRAF
13 NOV. 2019
R. Amal Bd Amal Cité Hassan II
Té 05 22 47 60 00 Fax 05 22 47 60 10

Cabinet de consultation et d'explorations cardiaques

38, Boulevard Rachidi ---- Casablanca ----

Tél.: 05 22 47.60.00 /10 . Fax : 05 22 47.60.10 . E-mail : ilham_elbaroudi@yahoo.fr