

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.

armacie :

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 réeducations.

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.

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1135 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELLAKH.DI Abdelmoula

Date de naissance : 01-01-1947

Adresse : Avenue STENDHAL Résidence ENNAID

Im. 22 Apt. 233 CA/ABLANCA

Tél. : 0522 251179 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.12.2019 Age : _____

Nom et prénom du malade : LIAUFI _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACCUEIL

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 : CAF/ABLANCA Le : 02 DEC 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHRAF 111 Dr Slimane Slimane S. 1000 1000 Casablanca Tel: 05 22 29 66 66 Fax: 05 22 29 66 66	14/11/19	888,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Each tooth is accompanied by a symbol indicating orthodontic treatment needs:

- Upper Arch:**
 - Tooth 1: Upward arrow
 - Tooth 2: Upward arrow
 - Tooth 3: Horizontal arrow
 - Tooth 4: Horizontal arrow
 - Tooth 5: Horizontal arrow
 - Tooth 6: Horizontal arrow
 - Tooth 7: Horizontal arrow
 - Tooth 8: Horizontal arrow
- Lower Arch:**
 - Tooth 1: Downward arrow
 - Tooth 2: Downward arrow
 - Tooth 3: Horizontal arrow
 - Tooth 4: Horizontal arrow
 - Tooth 5: Horizontal arrow
 - Tooth 6: Horizontal arrow
 - Tooth 7: Horizontal arrow
 - Tooth 8: Horizontal arrow

A vertical axis labeled 'H' at the top indicates height, and a horizontal axis labeled 'D' on the left indicates depth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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	
Dr Ilham EL BAROUDI	
Cardiologue 38, Bd. Roudouche Casablanca Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10 INP: 05 1048355	
Certifie que Mlle, Mme, M : Ellakhdia Abdelloula	
Présente	HTA
Nécessitant un traitement d'une durée de:	
..... trois mois à renouveler	
Dont ci-joint l'ordonnance: Exforge relaxol Mayz	
(A défaut noter le traitement prescrit)....	

(✓) : Valable 3 mois

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

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 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 6@royalairmaroc.com



Dr Ilham EL BAROUDI
Cardiologue
38, Bd. Roudouche Casablanca
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10
INP: 05 1048355

PHARMACIE ACHRAF
13 NOV. 2019
Rue Annabi, Bd. Ahmed Châabi Plateau - CASA
Tel: 05 22 98 97 53 Fax: 05 22 92 84 17

Docteur Ilham EL BAROUDI

CARDIOLOGUE

- 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



الدكتورة إلهام البارودي

• اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

• خريجة كلية الطب بباريز

• طبيبة ممارسة سابقاً بمستشفيات باريز

• دبلوم الفحص بالصدري والدولي

• عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو-دوبلير

PHARMACIE ACHRAF
13 NOV. 2019

El Lakhdi Abdelloula.

296. - x 3 / 888.2

296.00 x 3 / 888.00
S.V.

Exfinge

82/5

PHARMACIE ACHRAF

13 NOV. 2019

H cl.

Actif

Q. uat.

3 uen 53.10

Relaxut xl

1 ct mat. et am.
et duran.

45.00 x 2 / 90.0

Mag 2 25
S.V.

1031.10

Ap x 21 j

S.V.

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Samaneh Simeoni
Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 47.60.00 / 10 . Fax : 05 22 47.60.10 . E-mail : ilham_elbaroudi@yahoo.fr

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