

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° W19-582253

140243

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2101

Société :

ROYAL AIR MAROC
RETRAITÉ

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

AOUAD NAJIB

Date de naissance :

13/04/1953

Adresse :

Hassine

Tél. :

0661411411

Total des frais engagés :

71527,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hassan JAMM
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél: 0522 36 79 35
Fax: 0522 36 79 35
09 DEC 2022

Date de consultation :

09 DEC 2022

Nom et prénom du malade :

M. AOUAD NAJIB

Age :

69 ans

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 :

Casablanca

Le :

08 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/12/22	1227,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS
	H		G																									
	25533412	21433552	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																										
	B																											
	(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



611800103060 6

EXFORGE
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH



611800103060 6

EXFORGE
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH



611800103060 6

EXFORGE
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

T DE CARDIOLOGIE EXPLORATIONS CARDIO-

Résidence Star Youness , Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الطبيب حسن جمعة
أمراض القلب و الشرايين

08 DEC. 2022

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

A. Aouad Majid

6118001071548



AMM N° 34/11/DMP/21/NNP

IPROST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée

PPV : 147,50 DH

IPROST LP 10 mg

30 comprimés à libération prolongée

AMM N° 34/11/DMP/21/NNP



6118001071548

PPV : 147,50 DH

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V. : 56DH80

6118001170029



6118001170029

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V. : 56DH80

6118001170029



6118001170029

273,00 x 3
Exforge 10/16

56,80 x 1 cr net
Aldactone 50

1/2 cr net
147,50 x 2
IPROST LP 10

1 cr net

J = 1227,60

0800



52

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima Sayeh
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél 0522 39 31 01 - Fax 0522 36 79 35
INP 091080278
ICE : 00169814000061

**AOUAD NAJIB**

Date Examen: 08/12/2022 11:12:07

Cabinet Hassan jammi, Hassan jammi

Test type: Resting ECG

HR	64/min	P	144ms	Axe P	36°
RR	938ms	PQ (PR)	208ms	Axe QRS	21°
SpO2		QRS	102ms	Axe T	35°
TA		QT	399ms	QTc(Baz)	412ms

ECG NORMAL

Médecin: hassan hassan

En = NormalTA = 14/7