

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie
N° P19-0027380

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03678 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohammed RASSIF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-027380

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination 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>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-397155	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-397155

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 03678
Nom & Prénom <u>RASSAF Mohammed</u>		
Fonction : <u>cap</u>	Phones <u>0601386123</u>	
Mail <u>m.rassaf@royalairmaroc.com</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>ELAFAT Loula</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>02/07/19</u>
Nature de la maladie <u>HTA</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <u>AN2</u>	Nbre de Coefficient <u>300</u>	Montant détaillé des honoraires <u>02 007 2013</u>
PHARMACIE Date <u>02/07/19</u> Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients		
Montant détaillé des Honoraires		

Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
19, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars
Bos. Carré d'Or - Casablanca
CSM: 091.71.90.44

PHARMACIE ALEX
Mme BENJELLOUN
Docteur en Pharmacie
95, Boulevard Alexandrie

PHARMACIE ALEXANDRIE
Mme BENJELLOUN FOUZIA
Docteur en Pharmacie
95, Boulevard Alexandrie
0522.86.15.13 - Casablanca
Tél: 0522.86.15.13 - 0522.86.15.13

Dr. Ilhame HIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام احجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب
للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيك

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبيلي و باريس - فرنسا

Casablanca, le :

02/07/19

Nom :

FLAFAN
PHARMACIE ALEXANDRI
Mme BENJELLOUN Fouzle
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca

PHARMACIE ALEXANDRI
Mme BENJELLOUN Fouzle
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca

P.P.V : 110DH80
LOT: B22140
EXP: 04.2021

LOT 193660
EXP 02/22
PPV 530600

LOT : 191120
UT AV : 07/2022
PPV: 57,80DH

UT AV :

LOT N° :

ppv (DH) :

LOT: 181764
PER: 08-21
PPV: 140,00DH
PER: 140,00DH
PPV: 140,00DH

PHARMACIE ALEXANDRI
Mme BENJELLOUN Fouzle
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca
INPE: 022094456 - ICE: 00 1837 634 000 00

LOT : 19E001
PER: 10/2020
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

Dr Ilhame HIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome, Angle Bd 2 Mars
Rés. Carré d'Or - Casablanca
GSM: 061.71.00.44

79, rue de Rome angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca
Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

LOT: 19E001
PER: 10 2020

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



LOT: 19E001
PER: 10 2020

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



LOT: 19E001
PER: 10 2020

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

**Cardiologie Adulte
et Pédiatrique**

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام احجيج بنعمر

**إختصاصية في أمراض القلب
للکبار و الأطفال**

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le :

02/07/19

Nom :

ELARAF Laila

C.P.A.P

au long cours



SATOS sévère chez
une patiente diabétique
dyslipémique, avec bonne
réponse à l'essai.

Dr Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars
Rés. Carré d'Or - Casablanca
GSM: 061.71.00.44



Vente et location de matériel médical spécialisé
dans l'assistance respiratoire à domicile

N° Facture	0053/2019
Patient	Madame EL AFAF Laila
Méd. prescripteur	Dr Hjiaj Ilhame
Origine produit	Australie
Location d'appareil de pression positive continue Du 28/07/2019 au 28/09/2019	

Casablanca, le 27/09/2019

Réf	Quantité	Désignation	Prix unité TTC(MAD)	Montant TTC(MAD)
S9 Autoset	2	22151114523	800.00	1600.00
Arrêtée la présente Facture à la somme de:			Montant H.T.	1333.33 DH
			Montant T.V.A. 20%	266.67 DH
			Total T.T.C.	1600.00 DH



R.C 296177 - I.F. 14477903 - PATENTE 36394980 - C.N.S.S. 9881401

Adresse : Bd Zerktouni, Rue Sebta N°7, Résidence Rami Bureau N°8, 2^{ème} étage, Casablanca

Tél : 05 22 20 93 18 - Fax : 05 22 26 57 31 - Mobile urgence : 06 72 93 72 72 - E-mail : contact@potentiel.ma - www.potentiel.ma