

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

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être soigneusement 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 :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie chronique Déclaration de Maladie

N° P19- 060119

N° D: 29128

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02414 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HIYAJ ABDELLATIF

Date de naissance : 08-09-1954

Adresse : Sid. Maârouf 4, Rue 18, NR 105,

CASABLANCA - EL FIDA, 20520

Tél. : 0663249977 Total des frais engagés : #523,20# Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66/65-Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 001668263000013

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/5/2020

Nom et prénom du malade : HIYAJ ABDELLATIF Age :

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

Nature de la maladie : HTA sévère

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 : 14/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/05/20	523,20

[illegible]

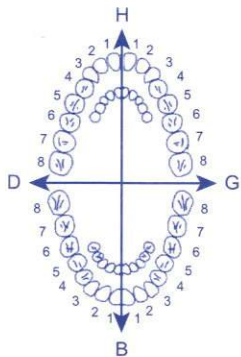
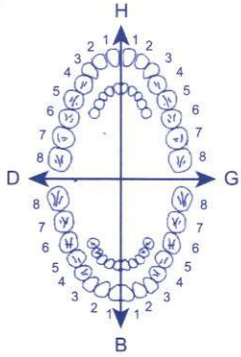
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant :

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de soins orthodontiques, ainsi que le bilan de santé.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant :

Important :

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

[illegible]**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS****VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC**

☒ valable 3 mois

Le 14/5/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : Dr CHIBANI Djalel

Certifie que Mlle, Mme, M. : M. HAYAT MICKEL

Présente M. HTA sévère

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Dont ci-joint ordonnance : du 14-5-2020

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. CHIBANI M. DJALEL
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Ql. Madinat
Tel: 0522 22 66 66 / 0522 22 66 64
E-mail: mustapha.chibani@asm.com
ICE: 00766920000000000000

Cabinet de cardiologie et d'exploration cardio-vasculaire

Dr. CHIBANI Mostafa

CARDIOLOGUE

Ex Enseignant à la faculté de médecine de Casablanca

Et à l'Hôpital Averroes

Echographie Doppler du Cœur des Artères et des Veines

Réadaptation Cardio-Vasculaire

Epreuve D'Effort

Holter Tensionnel et ECG

Attaché au centre Hôpitalo Universitaire de BORDEAUX

Membre de la société EUROPEENNE de Cardiologie

Membre de la société Française de Cardiologie.

الدكتور شيباني مصطفى

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء-

ملحق بالمركز الـ استشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le...

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

Régime peu sodé,

Activité physique régulière modérée

1- COANGINIB : 1cp/j le matin

2- AMEP 5 mg : 1cp/j le soir

MAMOUNI ALAOUÏ Faïcal
Pharmacie Bin Lamdoune SARL
Sidi Maârouf IV, n° 12 angle rue 50 et 1
Tél.: 05 22 28 14 24 - CASABLANCA

TRAITEMENT A SUIVRE REGULIEREMENT
ET A RENOUVELER SELON LES BESOINS
PENDANT UNE PERIODE DE 3 MOIS

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66-65-Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 001668263000013

MAMOUNI ALAOUÏ Faïcal

Pharmacie Bin Lamdoune SARL

Sidi Maârouf IV, n° 12 angle rue 50 et 1

Tél.: 05 22 28 14 24 - CASABLANCA

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

T. C. : 0522-22-66-66/65 FAX : 0522-22-66-64, en cas d'urgence appelez le 0661 14 78 94

E-mail : cabinet_drchibani@live.fr

ICE : 001668263000013

AMEP® 5mg ○
28 comprimés
6 118000 081524

AMEP® 5mg ○
28 comprimés
6 118000 081524

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
30 Comprimés ○
6 118000 050704

AMEP® 5mg ○
28 comprimés
6 118000 081524

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
30 Comprimés ○
6 118000 050704

6 118000 050704
CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
30 Comprimés ○