

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



ND: 36209

Déclaration de Maladie : N° P19- 0004150

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4676 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : JBAIF Najib Date de naissance : 12/08/1953
Adresse : Im. 17. N°24. Rue MASSANI. CASA
Tél. : 0661 32 25 89 Total des frais engagés : 718 M 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 : CASA Le : 16 / 07 / 2020
Signature de l'adhérent(e) : 

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 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

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
	18/11/2020	718,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

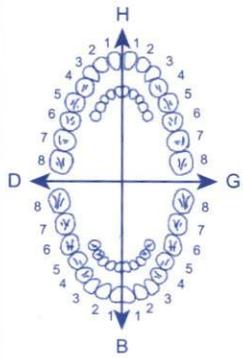
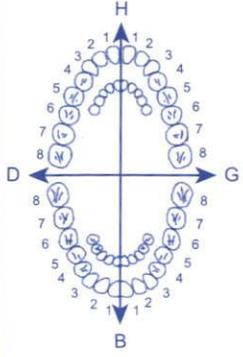
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CARDIOLOGUE diplômé de la faculté

Casablanca, le 7 mars 2020

de médecine de RENNES, FRANCE. Pose de PM
222 BD BRAHIM ROUDANI MAARIF
CASABLANCA

Tél. cabinet : 05 22 99.18.78
E-mail : ra-hachmi@hotmail.com

M. Najib JRAIF

5029

Né le : 12/08/1953

PPV 1260DH00
PEN 03/23
LOT J795

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

126,00
21,80 x 2
243,00
69,00 x 3
99,00

- 1°DIPREZAR : 1cp matin
- 2°ASPEGIC 100 : 1sachet le matin
- 3°CRESTOR 10 : 1cp lsoir
- 4°PRAXILENE 200 : 1cp matin et soir
- 5°OEDES 20 : 1cp le soir



LOT : 20E007
PER.: 09 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 243,00 DH
6 118001 183111

LOT : 20E007
PER.: 09 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : 200416
UT AV : 10/2022
PPV : 69,00DH

T = 718,60

QSP 3 MOIS

6°BRONCOLIBER : 1càs matin midi et soir pdt 8 jours

PHARMACIE DE LA MARI
ZEKRI AL-ABEDENI
Docteur Rachid El Hachmi
222, Bd Oued Mouya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 50 51 13
ICE: 00173273000093

LOT : 200416
UT AV : 10/2022
PPV : 69,00DH

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 99.18.78 - CASABLANCA

LOT : 200416
UT AV : 10/2022
PPV : 69,00DH

WCS

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

LOT 190819
EXP. 02/2022
PPV 99.00DH



MUPRAS

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

Le 07.03.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Je soussigné **Dr. Rachid EL HACHMI** **CARDIOLOGUE** remplir par le praticien
 222, Bd. Brahim Roudani
 21. 05 22.99 19 76

Certifie que Mlle, Mme, M : **JRAIF NAJIB**

Présente **son épouse AOME**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **3 mois**

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit).....

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani

(✓) : Valable 3 mois

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

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