

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



44669

**Déclaration de Maladie : N° P19-0004152**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4676 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : JRAÏF Najib Date de naissance : 12/08/1953  
Adresse : Pommeau 17 N° 241 Elie' HASSANI CASA  
Tél. : 06 6132 2588 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 : CASA

Le : 15/10/2020

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.

## 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://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
	15/10/2020	400,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

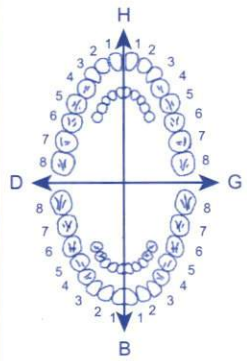
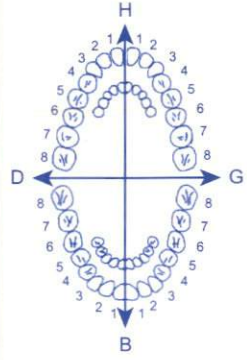
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficent 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficent des Travaux <input type="text"/>  Montants des Soins <input type="text"/>  Date du Devis <input type="text"/>  Date de l'Execution <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





**MUPRAS**

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

Le 17/08/2008

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné	<b>Dr. Rachid EL HACHMI</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 222, Bd. Brahim Roudani Tél: 05.22.99.12.78 - CASABLANCA
Certifie que Mlle, Mme, M	<b>MAIF VATH</b>
Présente	<b>ADMT commande</b>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<b>3 mois</b>
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit)	<b>Dr. Rachid EL HACHMI</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 222, Bd. Brahim Roudani Tél: 05.22.99.12.78 - CASABLANCA

(✓) : 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 @ royalairmaroc.com

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE diplômé de la faculté

Casablanca, le 17 août 2020

de médecine de RENNES.FRANCE.Posé 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 1260DH  
PER 08/23  
LOT J2202

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

16,00 1°DIPREZAR : 1cp matin  
24,40x3 2°CARDIOASPIRINE : 1cp le matin  
185,40 3°CRESTOR 10 : 1cp lsoir  
69,00x3 4°PRAXILENE 200 : 1cp matin et soir  
99,00 5°OEDES 20 : 1cp le soir

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
ZI Zouata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V. : 185,70 DH

6 118001 183111

QSP 3 MOIS

PHARMACIE WILAYA MOULOUTA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd. Brahim Roudani  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13  
ICE: 00229122000007

Dr. Rachid EL HACHMI  
CARDIOLOGUE  
222, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 99 18 78 - CASABLANCA

LOT : 200581  
UT AV: 10/2022  
PPV : 69,00DH

LOT : 200581  
UT AV: 10/2022  
PPV : 69,00DH

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

LOT 191336  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

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