

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22-N° 000988

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Jamal A Arab Lahsen

Date de naissance : 1953

Adresse : 56 Bd Abderrahman Fouzail Hay Feraha

Tél. : 0722 988055 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 MAI 2023

Nom et prénom du malade : ABDDAIMI Najat Age : 57

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HT pour phlébite autre inf. ch.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

### 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

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019



# 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

Dr Khalid ABU...  
Médecine Générale  
Radiographie - Echographie  
Attestation Universitaire d'Orthodontie  
Diplôme en Oculophtalmologie  
4, Lot Laymoune Tél. : 05 36 63 58 58 AKLIM

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

18.05.2023 250.00  
24/5/23 250.00  
20/6/23 222.140

## 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

ent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

es de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Nature des Soins Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DU

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

إليكوييس® 2.5 مجم  
أقراص مغلفة  
أبيكسابان  
20 قرص مغلف

EXP: 12/2024

LOT: 6A1358

Eliquis® 2,5 mg  
20 comprimés pelliculés  
ELIQUIS 2,5 mg 20 cps  
P.P.V : 250DH00  
6 118001 170920

Eliquis® 2,5 mg  
20 comprimés pelliculés  
ELIQUIS 2,5 mg 20 cps  
P.P.V : 250DH00  
6 118001 170920

Eliquis® 2,5 mg  
20 comprimés pelliculés  
ELIQUIS 2,5 mg 20 cps  
P.P.V : 250DH00  
6 118001 170920

ELIQUIS 2,5 mg 20 cps  
P.P.V : 250DH00  
6 118001 170920

\* VIGNETTE  
ALTIAZEM® 60 mg  
50 comprimés  
PPV 89DH

PROTHESES DENTAIRES

PPV : 46 DH 70

2R636

04/22

03/2025

PPV : 20.00  
Exp :  
N° Lot :

PPV : 46 DH 70

2R636

04/22

03/2025

PPV : 20.00  
Exp :  
N° Lot :





Docteur Khalid ABDDAIMI

MEDICINE GENERALE  
RADIOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE

Attestation Universitaire d'Echographie  
Générale de C.H.U. Avicenne - Rabat  
Ex. Médecin des Urgences  
de l'Hôpital Med V à Chefchaouen

Diplôme en Diabétologie Faculté de médecine de fes



الدكتور خليل عبد الدايمي

الطب العام

الراديولوجرافي - الإيكوغرافي

حاصل على الشهادة الجامعية للفحص بالموجات ما فوق الصوتية  
من المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا - الرباط  
طبيب سابق بقسم المستعجلات  
بمستشفى محمد الخامس بشفشاون  
دبلوم في داء السكري بكلية الطب بفاس

## ORDONNANCE

Aklim le 24 MAI 2023 أكليم، في

250,00 750,00  
250,00  
Ligneur de  
12 x 21  
Qsp. 2 mois

Dr Khalid ABDDAIMI  
Médecine Générale  
Radiographie - Echographie  
Attestation Universitaire d'Echographie Générale  
Diplôme en Diabétologie  
4, Lot. Laymoune Tél. : 05 36 63 58 59 - AKLIM



INPE: 081000572

4، تجزئة الليمون - أكليم / الهاتف : 05 36 63 58 59 - المحمول : 06 61 08 62 60  
4, Lot. Laymoune - aklim / Tél : 05 36 63 58 59 - Gsm : 06 61 08 62 60

صيدلية غاندي

PHARMACIE GHANDI

GH. ALAMI

Pharmacien

Diplômé de la Faculté  
de Toulouse

63, BOULEVARD GHANDI

CASA - Tél : 022.36.21.32

Casablanca, Le

20/6/23

ABdelhami Nagat  
89,00 DHS

1. Altiazem

2 Covanal

2 Souben

46,70 x 2 / 93,40 DHS

20,00 x 2 / 40,00 DHS

Total

222,40 DHS

PHARMACIE GHANDI  
G. H. ALAMI - Pharmacien  
63, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. : 05 22 36 21 32

092029081

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 M

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>	
Nom et prénom : <b>Jamal Al Arab Laksen</b>	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>	
Je soussigne : <b>Dr. LALAMI Meriam</b> Cardiologue Angle Bd. 10 Mars et Bd Abou Hourair 4ème N° 31 Etage N° 3 - Sidi Othmane Tél. 05 22 57 22 82	Spécialité : <b>cardiologue</b>
N° ICE :	N° INPE : <b>091245621</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>A B d dani N A j a l</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <b>ECG + echo cor + coronarographie</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>A lthiaze - extra - Vastarel cosoval 2 mg</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Casablanca</b> le <b>08/02/2023</b>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Dr. LALAMI Meriam</b> Cardiologue Angle Bd. 10 Mars et Bd Abou Hourair 4ème N° 31 Etage N° 3 - Sidi Othmane Tél. 05 22 57 22 82 </div>	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées