

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0031713

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11687 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHATTABI ABD
 Date de naissance : en 1971
 Adresse : Wali B. N°41 BOUAKKAS
Marrakech
 Tél. : 0661 31 53 43 Total des frais engagés : 13 21,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/6/2023
 Nom et prénom du malade : EL KHATTABI ABD
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Coronopathie / Diabète / Hypertension
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0031713

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 : 11687
 Nom de l'adhérent(e) : EL KHATTABI
 Total des frais engagés : 13 21,80
 Date de dépôt :

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
03/06/23	CSC		+3000H+	Dr. EL KHATIB SAID CARDIOLOGUE M. HATMA Tél: 05 41 33 33 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE SALMA Berkouni Bouaakel Mhamid N°143 Tél: 05 24 37 22 47	23-06-23	1021.80
--------------------------------------------------------------------------	----------	---------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

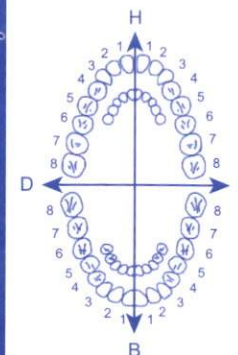
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

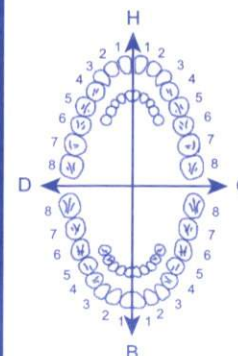
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Said EL KHATIB
Cardiologue



الدكتور سعيد الخطيب

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
والضغط الدموي روماتيزم القلب

Echocardiographie Doppler Couleur
Holter Tensionnel des 24 H - Holter Rythmique
Epreuve d'effort

الفحص بالصدى الالوس للقلب والشرابيين
قياس الضغط الدموي ودقات القلب على المدى الطويل
إمتحان الجهد

Ex Chef de Service de Cardiologie
du Centre Hospitalier Ibn Zohr - Mamounia - Marrakech
Ex formateur régional en cardiologie - Secteur de Santé Publique
Ancien cardiologue de l'Hôpital Universitaire Ibn Sina - Suissi - Rabat
Ex médecin des Services de Santé Militaire

رئيس سابق لمصلحة أمراض القلب والشرابيين
بالمركز الاستشفائي ابن زهر. المامونية - مراكش
مؤطر جهوي سابق بالقطاع العمومي للصحة
طبيب أمراض القلب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا - السويسي. الرباط
طبيب سابق بالمراكز الصحية العسكرية

Marrakech, le :

Madame / Monsieur :

23/6/23

H6.70x3

El KHATTAB, - ABD

SV

H9.40x3	corvalol 2mg	1/2	-	1/2
92.00x3	Amerlas 5	SV	1/2	-
35.70x3	corvasyl 5	SV	-	1/2
116.80x3	Kandegic 160	SV	-	1/2
	lisantyl 160	SV	-	1/2

1021.80

11/3 min

Dr EL KHATIB SAID

Regime Hypo sodi pas sucre
faute en lipide, et en purine

Medicament autorisé / Authorized medicine

n°: 34009 3241081 1



3400932410811

Fabriqué pour / Made for / مصنع لأجل
CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH
CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH, Ziegelhof
17489 Greifswald, Germany

Fabricant/Manufacturer / مصنع : SANOFI A
Crta. C-35 (La Batlloria - Hostalric), Km 63.0
17404 Riells i Viabrea (Girona)
Espagne/Spain

PPV : 46 DH 70

⇒ x3 Ged

92,00

⇒ x3 Ged

49,40

⇒ x3 Ged

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

⇒ x3 Ged

LOT : 25-301
PER : 10/2024

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc

Laboratoires MAPHAR
Boulevard ALKIMIA N°6
Quartier Industriel,
Sidi Bernoussi - Casablanca
Maroc
P.P.V : 116,80 DH



6 118001 181636

⇒ x3 Ged