

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.

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'H. 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

Déclaration de Maladie
M23-010053

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0956 Société : RAD
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 77504
Nom & Prénom : LAHLOU FILALI Abderrahmane
Date de naissance : 01.01.1946
Adresse : 11 Bld Bir Anzarane Résid: SEDRA 1 Apt 4 Et 2
MAARIF - CASABLANCA
Tél. : 06 63 72 72 37 Total des frais engagés : 2312,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
RÉS. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtaf, la Côte de Agence (NWII)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 20 88 - Fax 05 22 99 20 87
Date de consultation : 02/10/2023
Nom et prénom du malade : LAHLOU FILALI Abderrahmane Age: 79
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Casablanca Le : 03/10/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

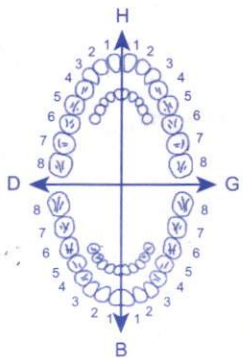
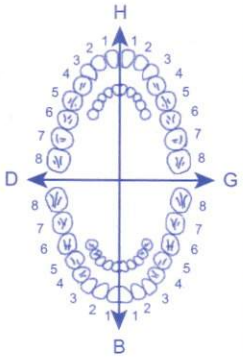
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 <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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI

الدكتور محمد أمين لعبي



CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20DH

02/10/2023

LAHLOU FILALI Abderrattoune

17627 x 5
Hyta-coad 16/12,5 mg

un cpli wahu

13260 x 3
1-2 - Auroz 5 mg

un cpli wahu

2770 x 5
3-5 Cardioaspirine 100 mg

un cpli wahu

7900 x 5
4- doctoz 100 mg

ou Lanoxol 100 mg

un cpli soir

3130 x 6
5- Zyloric 200 mg

un cpli wahu

20-12,10

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

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

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00

N°: HA 4554 79,00


N°: HA 4554 79,00

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشراف (قرب وكالة أنوبي) الطابق الأول حي المعارف - الدار البيضاء
Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule : 956	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Dr. M. ALAABI	Spécialité : Cardiologue
N° ICE :	N° INPE : 09166983
Certifie que Mlle, Mme, M. : LATLOU FILA ABDELLAH ABDELLAH	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" 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 : HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Hypocaud 16/12,5 Ambis cordoxane 100 Jaloz 10 Zyloric 200mg	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASA le 04/10/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <p>Dr. M. ALAABI CARDIOLOGUE Rés. RIBH "D" Angle bd Bir Anzarane Rue Caid Achir (à Côté de Agence INWI) Quartier Maârif - Casablanca Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87</p>	

* 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

GE

MAC600 1.02

ID :

2-oct-2023

16:11:01

I aVR

V1

V4

II aVL

V2

V5

III aVF

V3

V6

ID: **Dr. M. A. LAABI**
CARDIOLOGUERés. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane
Rue Cald Achlar, (à côté de Agence INV/I)Quartier Maarif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Fréq. ventr. 77 bpm

Durée QRS 74 ms

QT/QTc 368/416 ms

Intervalle PR 200 ms

Durée P * ms

Intervalle RR 779 ms

Axes P-R-T * -25 -17

0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

77 bpm

4x2,5s

Cartouche Filtrée: AB de RR Artusue

MAC600 1.02

12SL™ v239