

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-597740

188382

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUMI My Abdeslam

Date de naissance : 01-01-45

Adresse : Hay el Hand Rue 32 N° 32

Casablanca

Tél. : 0619449632

Total des frais engagés : 3686,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL MAKHLOUF Ali

Professeur Agrégé Cardiologie

5, Rue Med. Abdouh - Casa

Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 28 80

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/12/2013

Nom et prénom du malade : EL MOUMI My Abdeslam

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CHA 2004H 2013 A - Dp

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 : 26/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
25.12.68	613	5	300,00	INF : 091057851 D. EL MAH 5. Rue Tél.: 05

[illegible]

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

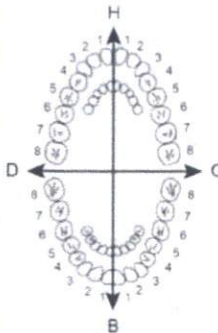
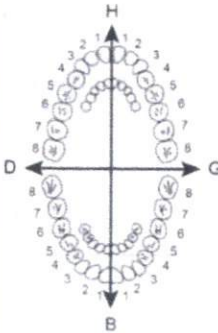
[illegible]

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

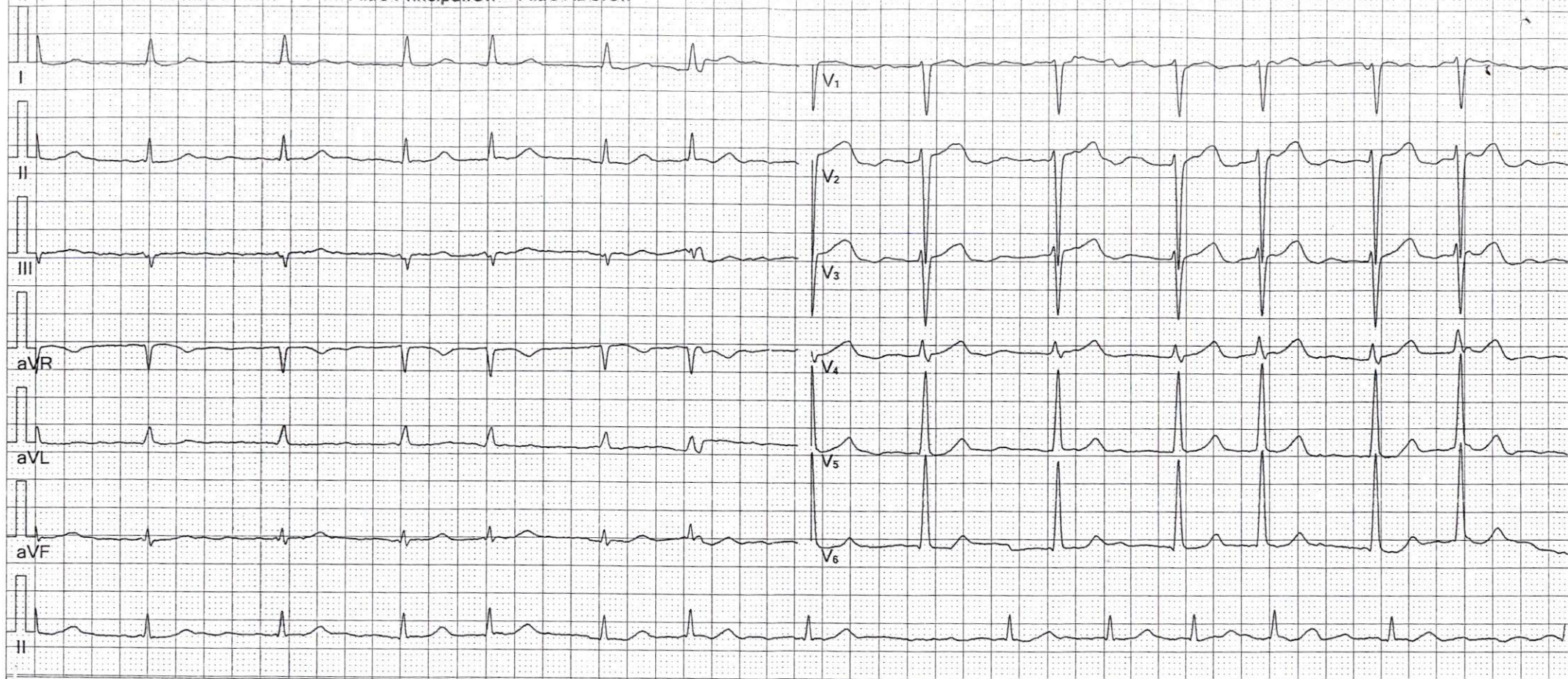
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On

Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	403 ms
Durée Echantillon :	18 s	Intervalle QTc :	441 ms
FC :	72 bpm	Axe P :	34.3°
Durée P :	63 ms	Axe QRS :	5.4°
Durée QRS :	90 ms	Axe T :	39.8°
Durée T :	283 ms	RV5/SV1:	1.50/0.87mV
PQ Interval :	314 ms	RV5+SV1:	2.37mV

Suggestion :

Signature Médecin:

LOT : 230876

EXP : 06/2026

PPV : 99,00DH

x 2 Ged

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

x 3 Ged

LOT : 230877

EXP : 06/2026

PPV : 99,00DH

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur EL MOUMI My Abdeslam

Casablanca le 25.12.2023

99,00x3

1- LDNOR 20 MG : 1 CP LE SOIR SANS ARRET

375,00x3

2- XARELTO 20 MG : 1 CP PAR JOUR SANS ARRET

273,00x3

3- EXFORGE 10 MG/ 160 MG : 1CP PAR JOUR LE MATIN SANS ARRET

58,10x5

4- CARDENSIEL 5 MG : 1 CP PAR JOUR LE MATIN ET ½ CP LE SOIR SANS ARRET

71,30x6

5- TANAKAN 40mg : 1 CP MATIN ET SOIR SANS ARRET

100,70x3

6- FLECAINDE 100mg : ½ CP MATIN ET SOIR SANS ARRET

7- Vaxigrip 1-1 mg ses entou

125,30

R 3mas

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V : 375,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808

6 118001 090808