

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W21-827943

194982

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **42632** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **Ahmed ALAOU CHRIFF**

Date de naissance : **02/01/1987**

Adresse : **5, Rue Calais, Sultan des Hospitaliers Casablanca**

Tél : **0661316592** Total des frais engagés : **294** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. ATLAB Mustapha Cardiologue**
أخصائي أمراض القلب والسرطان
19, Rue Abdelmoumen
Tél: 05 22 20 54 12 1er Etage N°4

Date de consultation : **18/12/2023**

Nom et prénom du malade : **ALAOU CHRIFF Ahmed** Age : **1987**

Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Nature de la maladie : **HTA**

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 : **12/02/24**

Le : **12/02/24**

Signature de l'adhérent(e) :

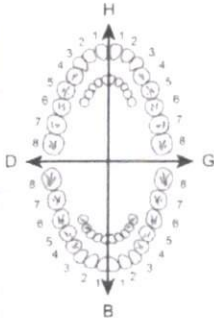
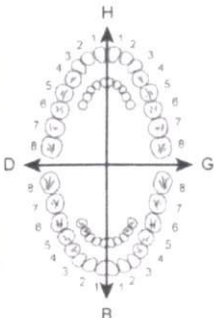
VOLET ADHERENT

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
18/12/23		C	5724	INP : 091141897 Dr. ATLAB Mustapha Cardiologue أخصائي أمراض القلب والسرطان 119, Bd Abdelmoumen Tel: 05 22 22 04 02 1er Etage N°4 Fax: 05 22 22 04 02

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/23	294,3

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'OOF																				
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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

- Echodoppler Couleur Cardiaque et Vasculaire
- Holter Rythmique et Tensionnel
- Epreuve d'Effort



- الفحص بالصدى للقلب و الشرايين
- تخطيط القلب عند بذل المجهود
- تسجيل الضغط الدموي بالهولتير
- الهولتير تخطيط القلب

Casablanca, le 17/12/28.

Alaoui chrafi Ahmed

71,60 x

SL

- hodoz 5141. x 3mos

79,1

- Dynaten 5141.

204130

VITA
Pharmacie
Tél: 05 22 08 43 43
Fax: 05 21 96 44 43
www.vitapharm.com
Dr. Mustapha Alaoui
Medecin Généraliste

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
اختصاصي امراض القلب و الشرايين
119, Bd Abdelmoumen
Tél. 05 22 20 94 02 - 1er Etage N°4
Urgence: 06 61 06 29 52

LOT: 4272
PER: 05 - 25
P.P.V: 30 DH 00

08/2027
601TFC

EXP:
Lot:



6 118001 101153



LODOZ + GROSSESSE = DANGER

لودوز + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer et sans
contraception efficace,
- la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

لا يستعمل لدى:
- المراهقات أو النساء في سن
الإخصاب دون استعمال وسائل
منع الحمل الفعالة.
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم
وجود بديل علاجي.

Respecter les doses prescrites
احترام المقادير الموصفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة - أ بتصريف طبي فقط

Fabricants :

Merck Healthcare KGaA Frankfurter Strasse 250 -
64293 Darmstadt - Allemagne



○ PPV : 71,60 DH
Comprimés pelliculés B/30

LODOZ 5/6,25 mg,



7862160248

EXP:
Lot:

08/2027
601TFC



LODOZ + GROSSESSE = DANGER



لودوز + الحمل = خطر

Népas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace;
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

يستخدم لدى :

- المرأة الحامل أو المرأة في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة;
- المرأة الحامل أو التي قد تكون حاملًا دون بديل علاجي بديل.

Respecter les doses prescrites
(احترام الجرعات الموصوفة)

Liste I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I - حصرياً على وصفة طبية

7862160248



LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 71,60 DH ○



Fabricants :
Merck Healthcare KGaA Frankfurt Strasse 250 -
64293 Darmstadt - Allemagne

EXP:
Lot:

08/2027
601TFC



LODOZ + GROSSESSE = DANGER

لودوز + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا يستخدم لدى :

- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم توفر بديل علاجي
- المرأة في سن الإنجاب، دون وسائل منع الحمل الفعالة

Respecter les doses prescrites
(احرص على الجرعات الموصوفة)

Liste I - Uniquement sur ordonnance
(قائمة I - بوصفية طبية فقط)



7862160248



LODOZ 5/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30

PPV : 71,60 DH ○

Fabricants :
Merck Healthcare KGaA Frankfurter Strasse 250 -
64293 Darmstadt - Allemagne



Dynatens[®]

Actifs naturels

Aide à dynamiser
l'organisme

15 comprimés
Voie orale

Thér^{ap}harm
LABORATOIRES

LOT: 230050
PER: 01 \ 2026
PPC: 79.50DH

Dynatens[®]
comprimé