

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier 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° W19-523302

52926

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5286

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

VEUVE LADIMATIE

Nom & Prénom :

ERA OU RH

FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0663259617

Total des frais :

729,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA + dorsalgie

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du attestant le Paiement |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

| | | | | |
|------------|--------|--|--------|-----|
| 24/11/2020 | G2, G5 | | 300,00 | INP |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant détaillé des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|
|--|------|---------------------------------|

| | | |
|----------|--------|--|
| 24/11/20 | 428,15 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

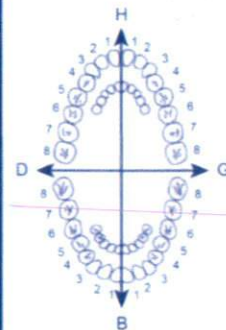
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

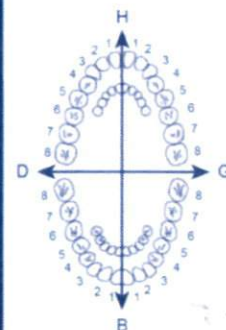
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Dr. Noureddine ALAMI

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier

Diplômé d'Echodoppler cardiaque de Montpellier

Ancien attaché des hôpitaux de France

Ancien Cardiologue de l'hôpital militaire de Laâyoune

Bd. de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toubart III

App. 1 Casablanca - Tél. (05) 22.66.16.16



الدكتور نور الدين العلمي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بمونبيلي

مجاز من جامعة مونبيلي بالتشخيص الآلي لأمراض القلب و الشرايين

طبيب ملحق بمصلحة القلب بمستشفيات فرنسا سابقا

رئيس قسم أمراض القلب بالمستشفى العسكري بالعيون سابقا

شارع الحزام الكبير - الحلي المحمدي

إقامة الموحدين ابن تومرت III شقة I

الدار البيضاء الهاتف: (05) 22.66.16.16

PHARMACIE DU PARADISE
Bd. L. - N° 8 Dar Mohammed Zakia
Vey Mohammed L. - Casa
Tél: 0522.66.60.71

CASABLANCA, LE

24.11.2020

Fatima

81.00 x 3

11 Tanzania 50



11 x 3 ma

59.30

Braxin 20 (1 boîte 10)



37.00

1 cpl le Soir x

Duloxan

39.80

1 cpl x 5



DULOXAN® 500 mg / 2 mg
Boîte de 10 comprimés
دولاستان
37.00

mdn. 1m

49.00

1 cpl x 5

5 goute le Soir



Belmozol



1 gel le mdr x 14

428.10

Dr. ALAMI NOUREDDINE
CARDIOLOGUE
Bd de la Grande Ceinture H.M
RÉS Al Mouahidine Ibn Toubart 3
App 1 - Case - Tél: 05 22 66 16 16
INP: 091905744

Lot n° :

EXP :

PPV :

21,00

Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

LOT :

EXP :

PPV :

49,00

Amitriptyline

PPV:39DH80
PER:06/23
LOT: J1843

59,30

LOT 19015
PER 12/22
PPV 59DH30



ERROURKE Fehme

ECG DE REPOS

(3.20)

NOV. 24 2020 11:21

FILTRE: AC, DERIVAT, MUSCLE2

ECG D'EFFORT: OUI (PRUDENCE)

ID =
AGE/SEXE = / F
TAILLE/PDS = cm/kg
P.A. = 132/80 mmHg
F.C. = 77/min (0.778s)
PR = 0.152s
QRS = 0.088s
AXE = 11deg
QT/QTc = 0.436s/0.492
RV5 = 2.39mV
SVI = 1.23mV
TRAITEMENT =

***** DANS LIMITE ANORMALE ***** MOYENNE

Non Confirmé. Le médecin doit revoir.
CONTROLE PAR

10mm/mV 25mm/s

