

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.

Diagnostique 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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 044701

57897

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7122 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALZENNOUZI Ahmed
Date de naissance : 20/12/1955
Adresse : Bouskora golf city Im 32 apt 6
Ville Verte Bouskora
Tél. : 0669774633 Total des frais engagés : 5996 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2021
Nom et prénom du malade : ALZENNOUZI Ahmed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AVC - CN - H & A
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 : 29/01/2021

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
20/01/21 2021	37001		370,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/01/21	5671,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

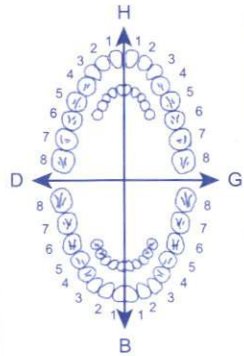
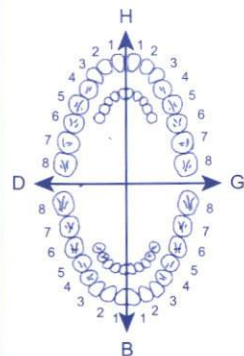
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



وصفة طبية
Ordonnance

20/01/2009

Casablanca, le :

Nr Al zemmouri Ahmed
278, 00x6 1668, 0

1) Coplanix 05/100g

2) 41340 1p hjs
Hydro 1 P

3) Coveram 10/10g

4) 9594 1p hjs - thim

5) 144, 50x6 1p hjs soir

6) 1467, 0 1p hjs soir
Zoe gas 200g 1p hjs soir
200g 1p hjs soir

TADDART
1 Bis, Route Taddart - BACHOUJ
Tél : 05 22 28 21 67

PHARMACIE TADDART
LAMSEDDI FARAA
1 Bis, Route Taddart - BACHOUJ
Tél : 05 22 28 21 67

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



5 118001 082018

68,90

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



5 118001 082018

68,90

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



5 118001 082018

68,90

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



5 118001 082018

68,90

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



5 118001 082018

68,90

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



5 118001 082018

68,90

LOT 200701
EXP 02/2022
PPV 144.50 DH

LOT 191734
EXP 08/2021
COOPER PHARMA
PPV: 144,50 DH

LOT 191734
EXP 08/2021
COOPER PHARMA
PPV: 144,50 DH

LOT 191734
EXP 08/2021
COOPER PHARMA
PPV: 144,50 DH

LOT 200001
EXP 10/2021
COOPER PHARMA
PPV: 144,50 DH

LOT 200001
EXP 10/2021
COOPER PHARMA
PPV: 144,50 DH

294,00

294,00

294,00

294,00

294,00

294,00

F A C T U R E

N° 5 979 / 2021 du 20/01/2021

Nom patient : AL-ZEMMOURI AHMED

Entrée 20/01/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 20/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						350,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 20 / 01 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0537542

IPP :

N° D'admission : Montant : 3500M

Patient : AL - Zemmouri Ahmed

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation

Id :
Ahmed, Al Zemmouri
Masculin --- (---) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

20/01/2021 15:32:23

FC: 64 bpm
PR: 196 ms
QRS: 108 ms
QT/QTcH: 410/417 ms
QTcB: 423 ms
QTcF: 419 ms

Rv5-6/Sv1 : 1.57/0.72 mV
Sok-Lyon : 2.30 mV
Axe: 44/-31/50 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Méd. :
Technicien :
Commentaires :

