

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 Étage 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° W21-637238

8 3766

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : A212 ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : N° 56 Rue Ask ELLILE HAD ARRANA

Tél. : Total des frais engagés : 2782,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/9/2019

Nom et prénom du malade : Agis allal Age :

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

Nature de la maladie : ARC CAP MTA

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 : 02/09/2019

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
4/9/2021	CSE 08	300 06		Dr. Mohamed El Ghannouchi N°17, Place Charles Nicolle CASA - Tél: 05 22 48 44 44 GSM: 06 57 45 08 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mohamed El Ghannouchi N°162, Lot 10, Zone Industrielle Tél: 05 22 48 44 44 Email: tahira.ghannouchi@gmail.com	8/9/21	2682,30

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
		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 canalaires, 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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profection			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

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed
CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص واستكشاف
أمراض القلب والشرايين
دكتور محمد الشامي
أخصائي في أمراض القلب والشرايين

بمركز كلية الطب بروكسيل
Casablanca, le 21/9/2024

1- Aziz allal
149,20x3

1) Prepar 100 SV 1 p

2) Angler 5 SV 1 p

3) Nebilet SV 1 p

4) Fense mid SV on lasile SV

5) Coplax 1 p

6) Civarone SV 1 p

7) Betaseren SV 1 p

8) Zymic 200 1 p

9) D. cure SV 1 p

PPV: 1400H00
PER: 01/24
LOT: K127

449,20

43,00
43,00

43,00
43,00

43,00
43,00

LOT: 12220002
PER: 09/2023
PPV: 39,30 6H

Tenir hors la portée et la vu
Lire la notice avant l'utilisa
Conduite: Consulter la no
Sous ordonnance

PPV: 700H00

PPV: 700H00

PER: 05/23

LOT: K1415

78,00

78,00

Pasteur Build 17, Place Charles Nicolle, 2ème étage N° 11 et 12 (En face de l'Institut Pasteur)
Casablanca - Tél.: 05 22 48 44 01 - Fax.: 05 22 29 57 75 - Urgences : 06 61 45 08 06

PPV 149DH20
PER 05/24
LOT N 1478

149,20

PPV 149DH20
PER 05/24
LOT N 1478

149,20

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V136132/01

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

6 118001 082018

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

6 118001 082018

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

6 118001 082018

LOT : 20E025
PER : 11/2024
LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 20E025
PER : 11/2024
LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 210518
PER : 01/2025

31,50

LOT : 210518
PER : 01/2025

31,50

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2025

ECG

DR CHAMI

NOM: aziz allal

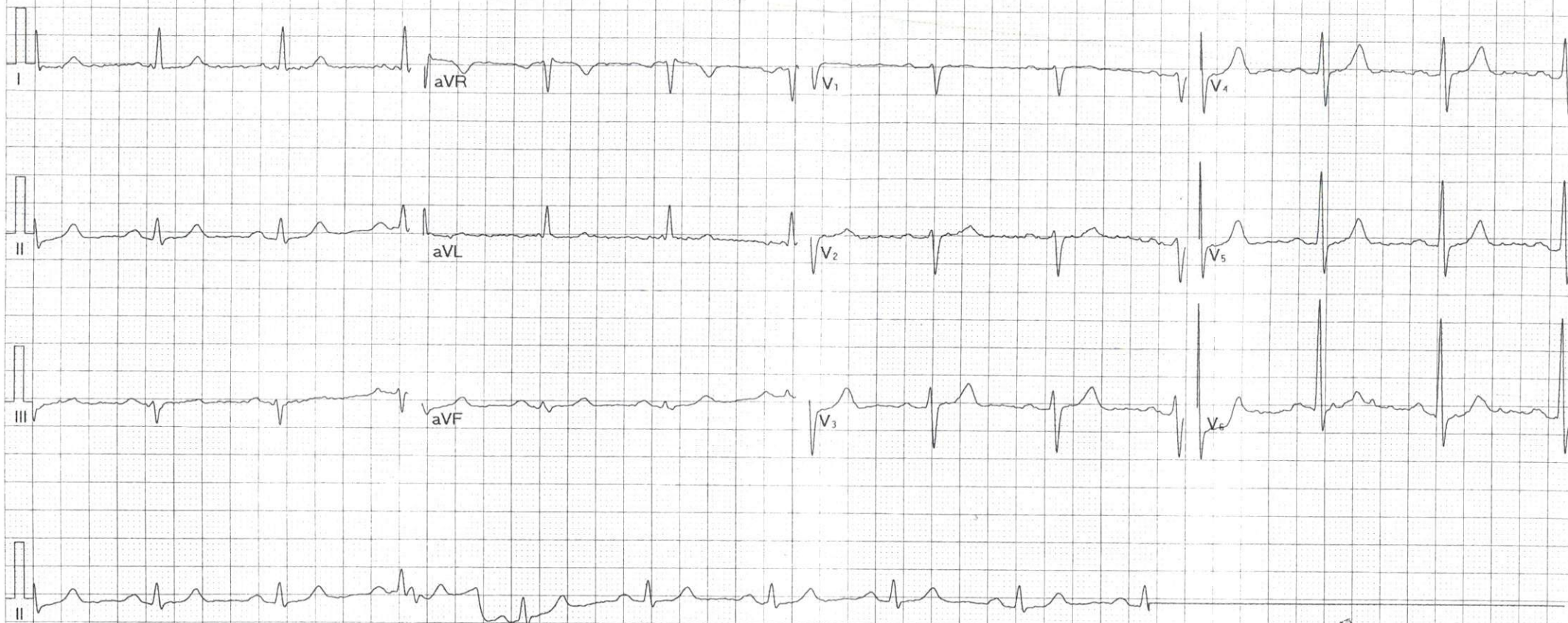
ID :

Sexe :

Age :

Date : 2-9-2021

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	159 ms
Durée Echantillon :	8 s	Intervalle QT :	441 ms
FC :	68 bpm	Intervalle QTc :	469 ms
Durée P :	121 ms	Axe P :	75.5°
Durée QRS :	127 ms	Axe QRS :	4.0°
Durée T :	284 ms	Axe T :	58.2°

Total Batts 10, Batts Normaux 10

Suggestion
Dr. M. P. N. (01.01.2021)
CABINET Dr. M. P. N. (01.01.2021)
N°17. Place
Casa Tél. 06 22 48 44 01
GSM: 06 22 48 44 01

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin: