

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° W21-697053

124695
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : LAHLOR RACHID
 Date de naissance : 01/01/56
 Adresse : LOT LA COLLINE N°10 CALIFAENIF OASA
 Tél. : 0661159249 Total des frais engagés : 2290 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14/06/2022
 Nom et prénom du malade : LAHLOR RACHID
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique
 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 : OASA Le : 02/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
14.06.22	G		300,00	INPE: 091169466

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARI SARL AU Route 1029 Ouled Said - Californie Tél 05.22.1.90.07 - Casablanca RC 361421	14/06/22	1990,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
92,00			
92,00			
92,00			

SOINS DENTAIRES		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																						
<p>Le praticien est prié de :</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies.</p>		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H		H																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
<p>Maphar Km 10, Route Côtière 111, QIZenata Ain sebaa Casablanca Lipanthyl 200mg gelule b30 P.P.V : 99,50 DH</p>		<p>Maphar Km 10, Route Côtière 111, QIZenata Ain sebaa Casablanca Lipanthyl 200mg gelule b30 P.P.V : 99,50 DH</p>																						
<p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1, Ain sebaa Casablanca Coplavix 75mg/100mg b30 cp P.P.V : 270,00 DH</p>		<p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1, Ain sebaa Casablanca Coplavix 75mg/100mg b30 cp P.P.V : 270,00 DH</p>																						
<p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p>		<p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p>																						



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort- Echographie cardiaque
Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرائين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرائين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

14 juin 2022

LAHLOU RACHID

COVERSYL 5 mg , Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MATIN

LIPANTHYL 200 mg , Gélule

1 gélule par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

ZYLOPIC 200mg Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

COPLAVIX 75MG/100MG, Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MIDI

CARDENSIEL 5mg, Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

VASTAREL 80MG

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MATIN

REGIME PAUVRE EN SEL

PHARMACIE ARIJ
SARL AU
Rue 1029 Ouled Sakh - Calimite
Tél 05.22.81.90.07 - Casablanca
RC 361421

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
1029 Ouled Sakh - Résidence My Idress
2ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 81 90 07 - 05 22 81 90 09
ICE: 001625537000091

112,50

112,50

112,50

LOT 213578
EXP 01.2025
PPV 31.30

31,30



LOT 213578
EXP 01.2025
PPV 31.30

31,30



LOT 213259
EXP 12.2025
PPV 31.30

31,30



LAHLOU ,RACHID

14/06/2022 13:04:11

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

FC: 56 BPM
Int PR: 188 ms
Durée QRS: 95 ms
QT/QTc: 397/388 ms
Axes P-R-T: 38 -29 28
RR Moy: 1069 ms
QTcB: 383 ms
QTcF: 388 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Signé par:

Date:

[Handwritten signature]

