

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-730739

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-730739

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/12/22		30,00		INP : 120611AAX

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/12/22	9740

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	

VOLET ADHERENT

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

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'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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

CABINET DE CARDIOLOGIE
ET EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Docteur Rachid BENZIDIA

CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VI

الدكتور بن الزيدية رشيد
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بباريس

Rabat, le :

07/12/2022

Monsieur BELKEBIR Yassine

9770
AMEP 5 mg :

1 cp 2 fois/jour (matin et soir) x 1 mois

صيدية
PHARMACE AL ANDALOUS
14, Av MOHAMED EL BACHIR
05 37 75 0175 - 05 37 75 9009

Dr. Rachid BENZIDIA
CARDIOLOGUE
Imm. 1, Rue Ouhoud - Michlifen
Agdal - Rabat - INPE : 101161776
(urgences) : 05 37 75 0175 - 05 37 75 9009

INPE : 101161776

الرباط - أكدال ، عمارة 1 - زاوية زنقة أحد وشارع ميشليفن - شقة 15

Rabat - Agdal, Angle rue Ouhoud et Av Michlifen - Immeuble 1, App 15

الهاتف: 05.37.67.10.67 - الفاكس: 05.37.67.10.66

Patente : 25739917 - IF : 34344597 - INP : 101161776 - ICE : 001768820000004

Liste 1/List 1 Tableau A /Table A1

Avant toute utilisation lire attentivement la notice /
Read carefully the patient information leaflet before use.
قبل الاستخدام اقرأ بعناية النشرة /
Keep out of the reach and sight of children /
AMEP is a trade mark

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES /
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES**
احذر الجرعات الموصوفة
Uniquement Sur Ordonnance
Under Prescription Only

لا تأخذ إلا بعد استشارة الطبيب

**CE MÉDICAMENT + GROSSESSE
= DANGER**
**THIS MEDICINE + PREGNANCY
= DANGER**
هذا الدواء + الحمل = خطر

Si vous prenez ce médicament et êtes enceinte
vous devez arrêter de prendre ce médicament
avant de concevoir.
If you think or plan to be pregnant, you must
stop taking this medicine before trying to get pregnant.

AMN N° 145/19 DNP/27/INRQ

Soyez prudent
Ne prenez pas ce médicament sans avis de votre médecin.
Be careful!
Do not take this medicine without consulting your doctor.
لا تأخذ هذا الدواء قبل استشارة الطبيب

IDEMCO

AMEP®
— amlodipine

5 mg
Voie Orale
Oral Route

Comprimés / Tablets **56 x 5**

COOPER
PHARMA

COOPER
PHARMA

Composition :
Amlodipine 5 mg
Excipients s. 1 comprimé/tablet
المكونات :
أملوديبين 5 ملغ
مواد ملغنة

COOPER
FABRIQUÉ PAR / Manufactured by
COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - 20110
Moroc / Morocco
Pharmacie Responsable / Head Pharmacist:
Amia DAOUDI

Cl : 6278

COOPER
PHARMA

COOPER
PHARMA

AMEP® 5mg
56 comprimés
6 118000 081777

56 x 5
قوسا

أملوديبين

5 ملغ
من طريق الفم

at 76

CABINET DE CARDIOLOGIE
ET EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Docteur Rachid BENZIDIA

CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VI

الدكتور بن الزيدية رشيد
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بباريس

Rabat, le : 07/12/22

Facture d'Honoraires

Nom :

BELKIBIR

Prenom :

Yassine

Nature de la prestation :

Cs + ECG

Montant :

300 DH

Mode paiement :

Espece

الرباط - أكدال ، عمارة 1 - زاوية زنقة أحد وشارع ميشليفن- شقة 15

Rabat - Agdal, Angle rue Ouhoud et Av Michlifen - Immeuble 1, App 15

الهاتف: 05.37.67.10.67 : TEL 05.37.67.10.67 - الفاكس: 05.37.67.10.66 FAX:

Patente : 25739917 - IF : 34344597 - INP : 101161776 - ICE : 001768820000004

Belkebir Yassine
belkebir

Dr.Benzidia

07.12.2022 12:58:26

10/2 ms
86 ms
338 ms
400 ms

QRS
QT
QTc

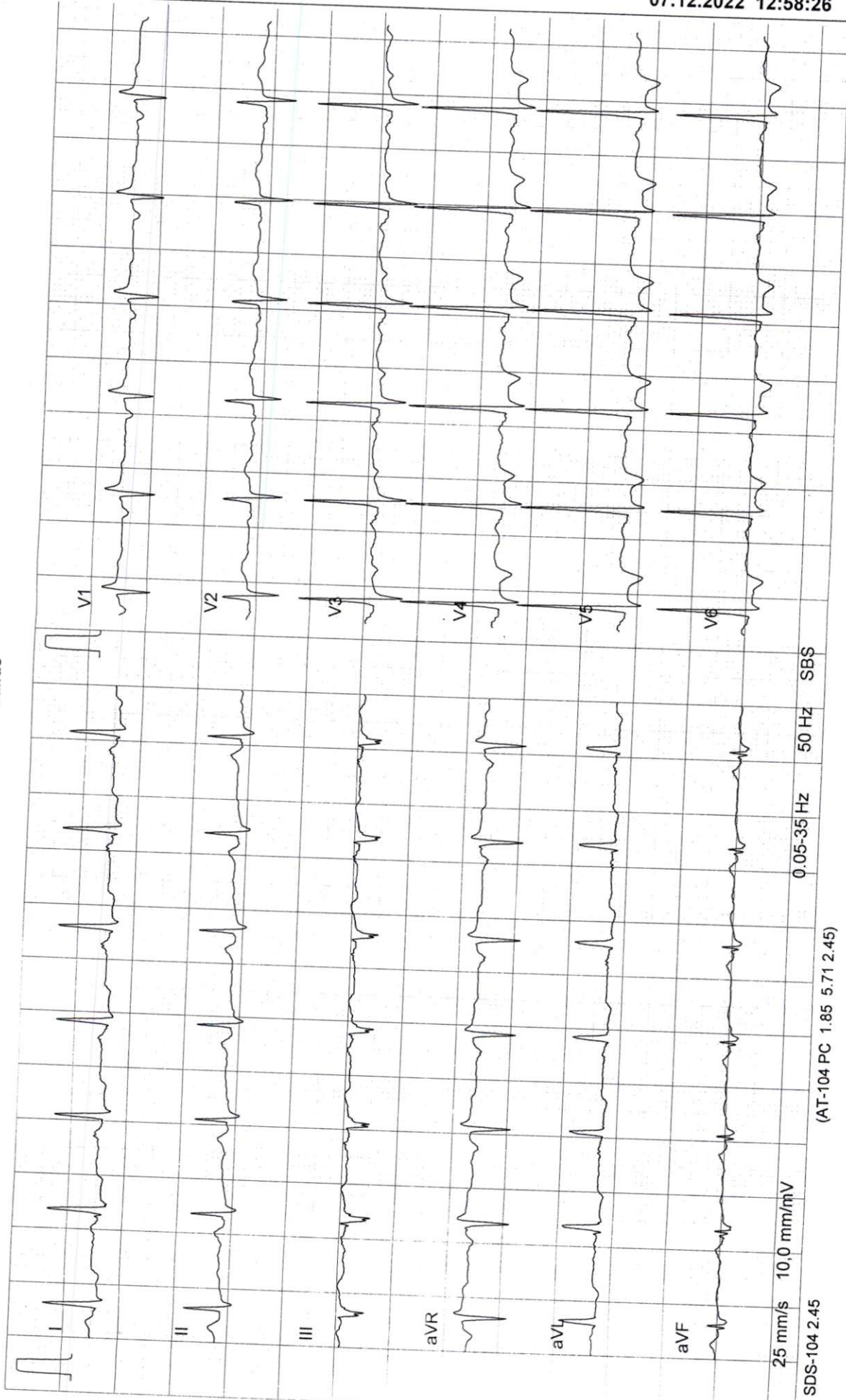
90 °

QRS
T

- / - mmHg

PA:
Med:
Rem:

Validé



25 mm/s 10.0 mm/mV

SDS-104 2.45

0.05-35 Hz 50 Hz SB\$

(AT-104 PC 1.85 5.71 2.45)