

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 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° W21-788846

153 087

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0611 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAIS Abderrahman

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : N° 661, Lotissement Wafa, Deroua

Tél. : 0661153218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/03/2023

Nom et prénom du malade : LATIFA Age :

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

Nature de la maladie : Mischafa + coronaropathie

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 : DEROUA Le : 04/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.7.83	952.80

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

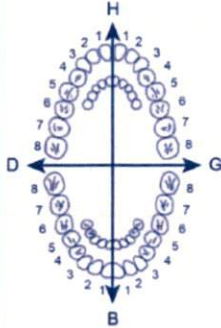
[illegible]

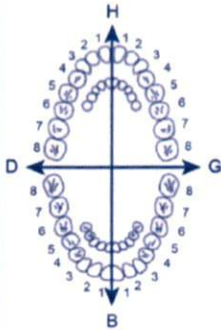
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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"/>	

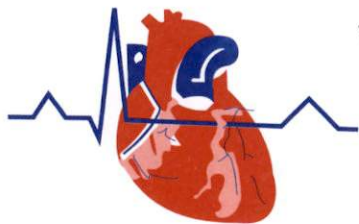
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 0000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B 0000000 35533411 </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

اختصاصي في امراض القلب و الشرايين و ارتفاع الضغط
و الدورة الدموية - الفحص بالصدى و الهولتر

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

10/02/2023
Haher laifa
Fix : 05 22 32 65 84
244 Boulevard el wafaa
PHARMACIE EL OUMOUMA

3x1 39,20
= 12,76
12,76 x 3mm
12,76
covered 10

3x 35,70
Kardogic 100
12,76 x 3mm
Fix : 05 22 32 65 84
244 Boulevard el wafaa
PHARMACIE EL OUMOUMA

HORAIRE : 07h30 - 14h00
VENDREDI : 07h30 - 12h00

80, زفقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél.: 05 22 32 65 84
المستعجلات : 06 72 12 00 82



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 22E011
PER:06 2024



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 22E011
PER:06 2024

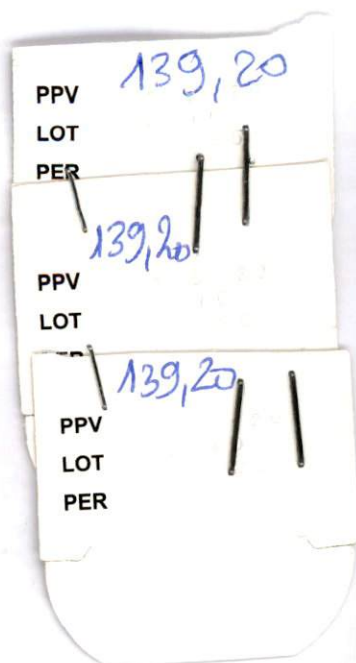


6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 22E011
PER:06 2024



6 118001 081189



PPV
LOT
PER

139,20

PPV
LOT

139,20

PPV
LOT
PER

139,20

ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:MAHER LATIFA

ID :1883/15

Genre :Femme

Age :61

DDN :18-04-1954

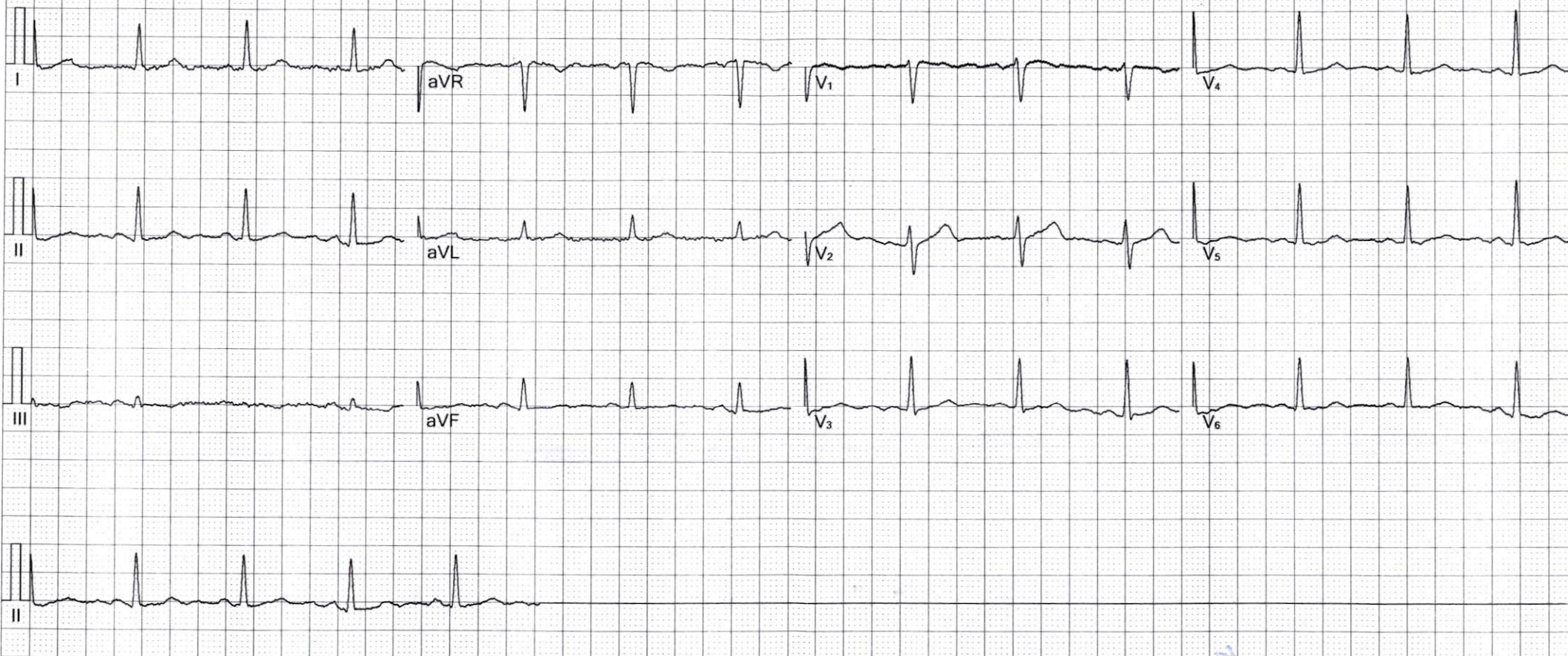
Date Test :27-02-2023 11:26

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On

Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	416 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	474 ms
FC :	78 bpm	Axe P :	-130.6°
Durée P :	160 ms	Axe QRS :	36.7°
Durée QRS :	79 ms	Axe T :	28.7°
Durée T :	307 ms	RV5/SV1:	1.05/0.61mV
Interval.PQ :	202 ms	RV5+SV1:	1.65mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80Rue IBN ROCHD
Berchid
HT : 7 heures à 14 heures
Tél : 05 22 32 65 84

Signature Médecin: