

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0018291 154687

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 519 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUERGAAI Abdellah

Date de naissance : 1947

Adresse : 4 Rue Ksan Djilij Ray Salan CTZ
CADILLAC

Tél. : 0522367785 Total des frais engagés : 1383,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2023

Nom et prénom du malade : M. EL GUERGAAI ABDELLAH Age : 77

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

Nature de la maladie : HAA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 77

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 77

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 : 15/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

Autorisation CNDP N° : AA-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
15/03/2023	Consult + RC	300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ELONGCHAI Rajaa TAZI BENLAMIA Rue Toulouse Tél: 33 920 40 187	16/3/23	1330,90

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
		AM	PC	IM	IV	

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	
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

المدينة
مصلحة متعددة الاختصاصات

15/03/2023

M. ROUER GAI ABDELLAH.

PHARMACIE LONGCHAM
Rajaa TAZI BENLAMLI
Rue Toulouse C.I.L. Casa
Tél. : 05 22 00 751

275,60

2. Fludex 15

68,90 x 4

S.V

643,60

2. IRPHI 300

160,90 x 4

S.V

110,80

3. Cardioaspirine

2770 x 4

S.V

300,80

4. Amep 10

75,20 x 4

S.V

Dr. TAOUFI
Cardiologie Inter
Rythmologie Inter
INPE
Tél: 0661 455555

1330,80

Frank Leouani

Premier E.E. de dépense

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

يحرر من حبة ملينة ذات 30

المدد 1.5 ملغ

فالكس

®

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأذنة

68,90

(50 X 20 X 114) mm

يحرر من حبة ملنسة ذات 30

المدى 1.5 ملغ

فالكس

®

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأذنة

68,90

(50 X 20 X 114) mm

يحرر من حبة ملنسة ذات 30

المدى 1.5 ملغ

فالكس

®

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأذنة

68,90

(50 X 20 X 114) mm

يحرر من حبة ملنسة ذات 30

المدى 1.5 ملغ

فالكس

®

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأذنة

68,90

(50 X 20 X 114) mm

يحرر من حبة ملنسة ذات 30

المدى 1.5 ملغ

فالكس

®

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأذنة

68,90

(50 X 20 X 114) mm

يحرر من حبة ملنسة ذات 30

المدى 1.5 ملغ

فالكس

®

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأذنة

68,90

(50 X 20 X 114) mm

CLINIQUE AL MADINA
MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. LOUAHABI TAOUFIK

N° : 2303150959063120 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23C150958	EL GUERGAI ABDELLAH	15/03/2023

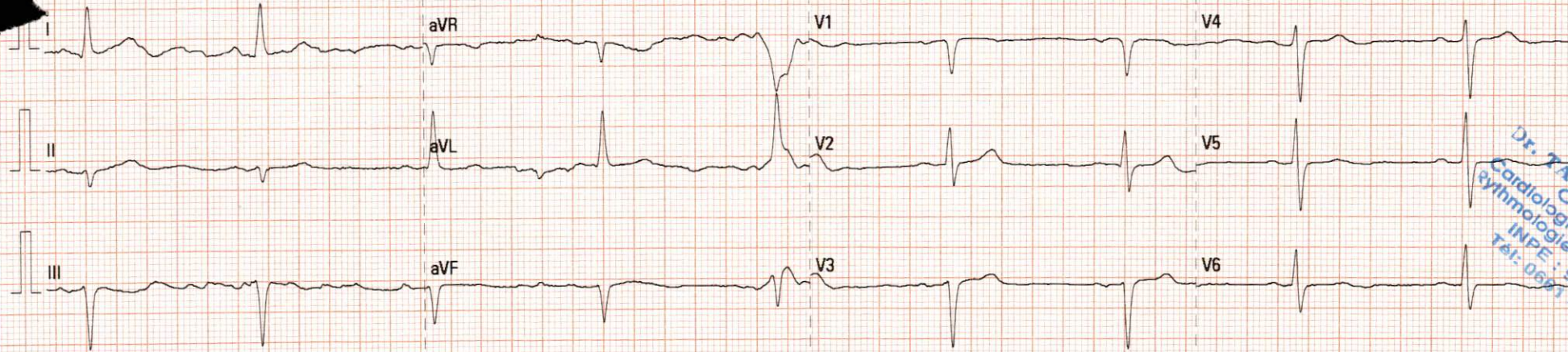
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : M.SOUMIA

ID:2023031511020697

Name:

2023-03-15 11:01:56



25 mm/s

10 mm/mV

50 Hz

BDR 35 Hz

QTc:Hodges

02.10.00/V28.4.1

SN:FK-18028430

ID:2023031511020697

Name:

2023-03-15 11:01:56

Vent. Rate (bpm)

53

PR Interval (ms)

164

QRS Duration (ms)

110

QT/QTc Interval (ms)

416/404

P/QRS/T Axes (deg)

-71/-34/22

*** CONSIDER ACUTE STEMI ***

Sinus rhythm

--- Interpretation made without knowing patient's gender/age ---

Left axis deviation

Possible anterior infarct - age undetermined

Inferior and lateral ST elevation, CONSIDER ACUTE INFARCT

Abnormal ECG

Unconfirmed Diagnosis.

Dr. TAOUFI
Cardiologie Interne
INPE : 91125817
Tel: 0691 40 32 47

130/20