

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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19- 0047162

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5742 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : HABIT 160286

Tél. 05 29 69 96 71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DRAMEUR NARJISS
MEDECIN GENERALISTE
540, LOT EL WAFI DEROUA
Tél. 0522 53 27 53

Date de consultation : 03/05/2023

Nom et prénom du malade : Hajou Bahi Age :

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

Nature de la maladie : adyph

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 : ZEROUA Le : 10/05/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/05/23 | CS | 1 | 150,00 |  |
| 04/05/23 | ECG | | 100,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 13-5-23 | 168,72 |
| | 14-5-23 | 69,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

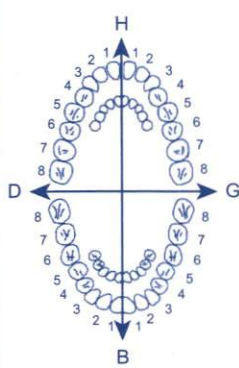
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------|
|  | <table><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 |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Narjiss AMEUR

Ex- médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en Échographie générale

E.C.G

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي

ابن رشد - الدار البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب



Date: 01/05/23

Nom: Hajar Sadi

129.00x3

del Dorsal

37,1 °C 16 p/m 3 m/s

2d Nequb 20g

63.0 - 3 p/m

3d Apimwa 20g
100 S/s

Prochain Rendez-vous: 10/05/23

الموعد المقبل:

540 ، تجزئة الوفاء - الدروة - (قرب مسجد الوفاء)

الهاتف : 05 22 53 27 53 - 540, Lot Wafaa - Deroua

LOT: 230C00018
EXP: JAN 2025
P.V. : 06:00 DHS

Reboucler soigneusement
après chaque prise.

AMA N° : 280/19DMP/21/NNP

NEOPRED[®]
20mg

PPV : 37,40 DH



© 118000 191919

Matin Midi Soir

N° de lot :

Date de péremption:

140922
08 2024
PPC : 129,00 Dhs

N° de lot :

Date de péremption:

140922
08 2024
PPC : 129,00 Dhs

N° de lot :

Date de péremption:

140922
08 2024
PPC : 129,00 Dhs

Dr. Narjiss AMEUR

Ex- médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en Échographie générale

E.C.G

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي

ابن رشد - الدار البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب



Date : 03/05/23

Nom : Hajou Saïda

us, 70

10/05/23

legay

99.00

21/05/23

ya el

21.00

5/06/23

168.70

rylesing

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

DR AMEUR
MEDECIN
540, Lot Wafaa
Tel : 05 22 53 27 53

Prochain Rendez-vous : الموعد المقبل :

540 , تجزئة الوفاء - الدروة - (قرب مسجد الوفاء)

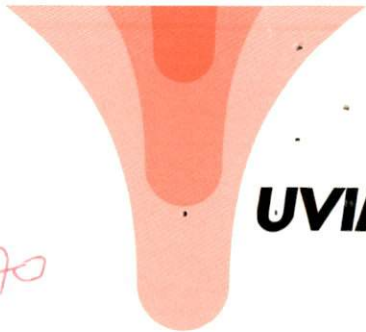
الهاتف : 05 22 53 27 53 - 540, Lot Wafaa - Deroua

LOT:22169 PER:11/2025
PPV:21.00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**
par les laboratoires **Steinpharma**
Z.I Line N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

Lot: 221002
À consommer de
préférence avant le: 12/2025
PPC: 99,00 DH

48, 70



UVIMAG B6

Rapport ECG

ID : 20210521144024 HR : 66 bpm
Nom : PR : 142 ms
Sexe : QRS : 94 ms
Âge : QT/QTc : 394/405 ms
Département: P/QRS/T : 57/115/45 °
No.lit : RV5/SV1 : 1.567/0.301 mv
RV5+SV1 : 1.868 mv

<<Interprétation>>

Rythme sinusal

--- Interprétation faite sans connaître le sexe / l'âge du patient ---

Déviati on droite de l'axe

Borderline ECG

Hajou Soubu

Confirmer et signer:

Temps d'examen : ~~2021-05-21 14:40:24~~

le 04/05/23

DR AMEUR NARJISS
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
540, LOT EL KHA DEROUA
Tél : 0522 53 27 53

