

# 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

- 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**

M22- 0046859

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 0689629854

Total des frais engagés : 1369,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/12/2023

Nom et prénom du malade : AIT MERIM Brahim

Age : 74

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Infarctus Coron

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :



# 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
03/10/23	Stc		300,...	IMP. 05109523

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE L'HOPITAL</b> <b>Dr. LOTFI Abdelfattah</b> N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ Province TAROUDANT Tél : 05 28 53 93 29	03.10.23	1069,50

042031864

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

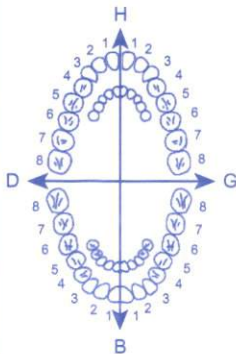
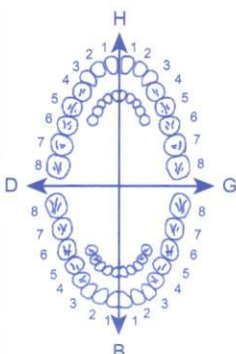
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

الدكتور محمد علاوي  
**Dr. Mohamed ALLAOUI**  
**CARDIOLOGUE**

DES de Cardiologie  
et  
Pathologie Vasculaire  
de la Faculté  
de  
Médecine de PARIS  
Ancien Interne  
des  
Hôpitaux de NANCY  
Membre de la Société  
Française de Cardiologie

20/03/23

AIT MERIEM BRAHIM

• Askardil 160 →  
2380x3 1cp/j

• LD NOR. 10 →  
5760x3 1cp/j son

• Fc brocand 240 →  
8100x3 1cp/j

• IR PHI 300 →  
16090x3 1cp/j

• lixi for  
9900 1cp/j son

3 mois

**PHARMACIE DE L'HOPITAL**  
Dr. LOTFI Abdelfattah  
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ  
Province TAROUDANT  
Tél : 05 28 53 93 29





مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
**Coro-Scanner / 128 barrettes**

Casablanca, le 03 Octobre 2023

Mr AIT MERIEM Brahim

FACTURE N° 014383/2023

Date	Désignation	QT	Montant
03/10/2023	Consultation Cardiologique+ECG	1	300,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			300,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
**Trois Cent dirhams (300,00 dhs)**

**Dr. ALLAOUI Mohamed**  
Cardiologue  
20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

**CLINIQUE CARDIOLOGIQUE**  
**CASA - OASIS**  
20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006 1

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006 1

أسكارديل  
160 ملغ 30 قرصا متحللا

أسكارديل  
160 ملغ 30 قرصا متحللا

ASKARDIL® 160 mg  
30 comprimés dispersibles

ASKARDIL® 160 mg  
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006 1

LOT : 231286  
EXP : 09/2026  
PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

LOT : 231286  
EXP : 09/2026  
PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

LOT : 231286  
EXP : 09/2026  
PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

LOT: 082  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

LOT: 082  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

6 118000 051268

6 118000 051268

LOT: 082  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

6 118000 051268

6 118001 070701  
FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL  
Minigranules

Voie Orale

LOT 22A278 1  
EXP 01 2026  
PPV 81.00 DH

6 118001 070701  
FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL  
Minigranules

Voie Orale

LOT 22A278 1  
EXP 01 2026  
PPV 81.00 DH

6 118001 070701  
FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL  
Minigranules

Voie Orale

LOT 22A278 1  
EXP 01 2026  
PPV 81.00 DH



ID:  
D-naiss  
ans,

AiT MEX

**BRAOUI Mohamed**  
Cardiologue - Casa  
20, Rue de France - Ville Oued  
Tél: 0522 98 07 06 - 0522 98 83 25

03-Oct-2023 13:40:39

Fréq. Card.	82 BPM
Int PR:	209 ms
Dur. QRS	92 ms
QT/QTc	364/402 ms
Axes P-R-T	75 -5 33

TA: 14/8

