

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

M23-0022227

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2205 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALHAYEM AHMED
Date de naissance : 01-01-1956
Adresse : 51 SMIRALIA LUSAFI CASA
Tél. : 0664666862 Total des frais engagés : 1536,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2023
Nom et prénom du malade : ED BAYANI FATIHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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.

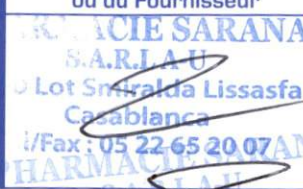
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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
25/10/23		2		
20/2/23				
31/11/23		Disque n° 1 500 or ERC 300 or		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/23	L = 536,00 DH
	31/11/23	L = 100,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

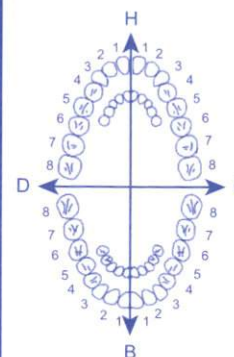
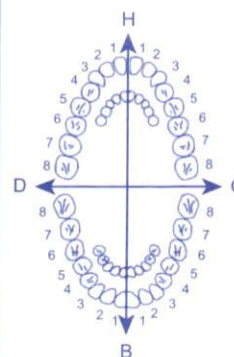
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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



Centre de Rythmologie
de Casablanca
URAGENCES
24/24
05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI
Cardiologue - Rythmologue
Pace Maker
Défibrillateurs
Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence
Echocardiographie Doppler Couleur
Epreuve d'effort
Holter tensionnel et rythmique
Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)
Sur Rendez - Vous
Gsm : 06 61 32 64 27

Casablanca, le

Mr (Mme)

1: EDDAYANJ Fkh

100,70

- Tambocor 100 = Fil carnade 100

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables



6 118000 280675

LOT: 23173 PER: 09/2028
PPV: 100,70 DH

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.
140 Lot Smirand Casasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

03/11/2023

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063
Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88
E-mail : garti.najib@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com



Centre de Rythmologie
de Casablanca

URAGENCES

24/24

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI
Cardiologue - Rythmologue
Pace Maker
Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur
Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 06 61 32 64 27

Casablanca, le

25/10/2023

Mr (Mme)

Dr EDDAYANI Fatima

2 x 268,0

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A.U.
140 Bd Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Wellbutrin 150

1 cp !

Amelobipin

TARKA 180

Tl 2 mm

U170
26/10/23

Amep 5/28 mg

536,00

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A.U.
140 Bd Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa

Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

PHARMACIE SARANAZ
SARL A-U
140 Lot Smiranda Lissafa
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

ID: 652630 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 268,00 DH
6 118001 142460

ID: 652630 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 268,00 DH
6 118001 142460

Id : 6 - 7

03/11/2023 19:45:40

FATIHA, DIYANI

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 137 bpm

R_{vs}-a_{sv1} : 0.58/0.76 mV

RAPPORT NON CONFIRMÉ

PR: --- ms

Sok-Lyon : 1.35 mV

QRS: 74 ms

Axe: ---/-27/-44 °

Méd. :

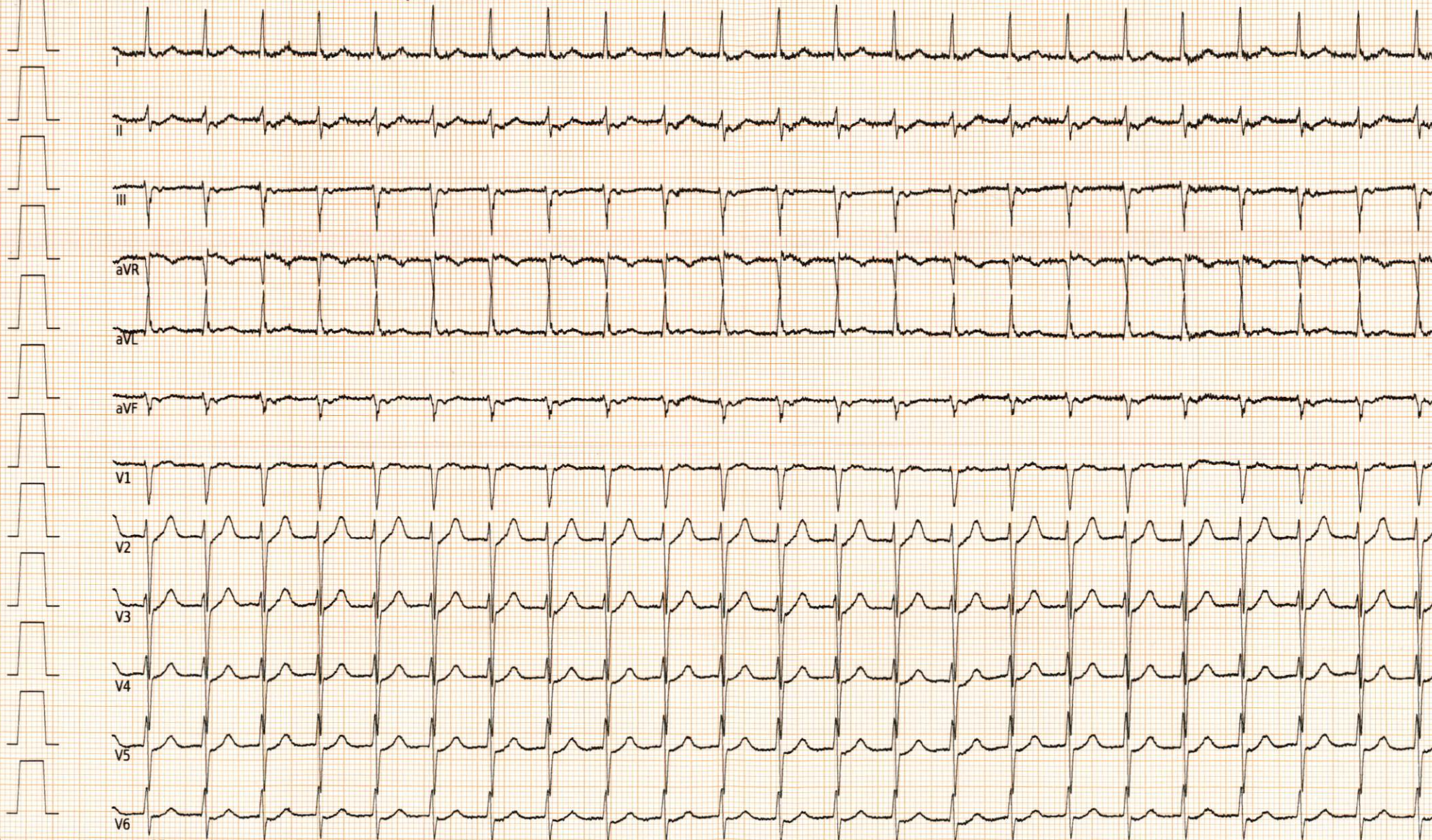
QT/QTcH: 284/419 ms

Technicien :

QTcB: 429 ms

Commentaires :

QTcF: 374 ms



Dép. :

25mm/s 10mm/mV 0.05-300Hz/50Hz Cardioline ECG200+ v.2.01.5558