

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

- 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- 0043772

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5228 Société : RAM 188486
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL GNAOUI ABDELHAK
 Date de naissance : 17/12/58
 Adresse : 72 Rue EL OU ROU A APP 11
 Hay RAMA CASAB
 Tél : 0669742702 Total des frais engagés : 1125,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/23
 Nom et prénom du malade : EL GNAOUI ABDELHAK Age : 19/58
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA
 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 : CASA - Le : 17/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
6/12/23	CE	350,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
6/12/23	775,60	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

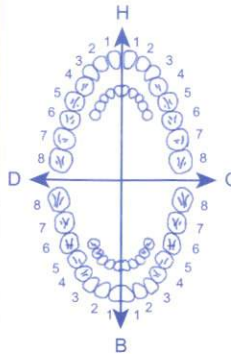
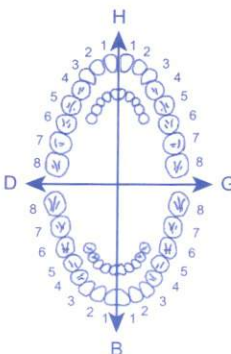
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRES

LOT : 104
PER : MAI 2026
PPV : 148 DH 00

Dr TAGMOUTI Fouad

SPECIALISTE DES MALADIES
DU COEUR ET DES VAISSEAUX

Diplôme d'Etat de la Faculté de Médecine de Lyon

Membre de la société Française et Européenne de Cardiologie

Sur Rendez-vous

الدكتور التكموتي فؤاد

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بليون

عضو الجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب

بالموعد

06 DECEMBRE 23

Casablanca, le

MR EL GNAOUI ABDELHAK

REGIME PEU SALE

MARCHE UNE HEURE PAR JOUR

LOT : 103
PER : MAI 2026
PPV : 148 DH 00

LOT : 099
PER : JAN 2026
PPV : 148 DH 00

LOT : 104
PER : MAI 2026
PPV : 148 DH 00

148,00 x 4
- Angipin 10

- Esidrey

30,60 x 6

775,60



PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60



PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

(TRAITEMENT DE 3MOIS NOUS
REVOIR SOUS TRAITEMENT)

DOCTEUR TAGMOUTI
21 Avenue
Tél: 05 22 22 22 22
Fax: 05 22 22 22 22

21, Avenue Lahcen Ouidder, Prolongement du Bd 11 Janvier, Benjdia - Casablanca

Tél.: C. 0522.22.20.91 / 0522.26.75.14 - Fax.: 0522.27.75.90 - Email : tagfouad@hotmail.com

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

Dr Fouad TAGMOUTI

ECG

Nom : EL GNAOUI

Sex :

Age :

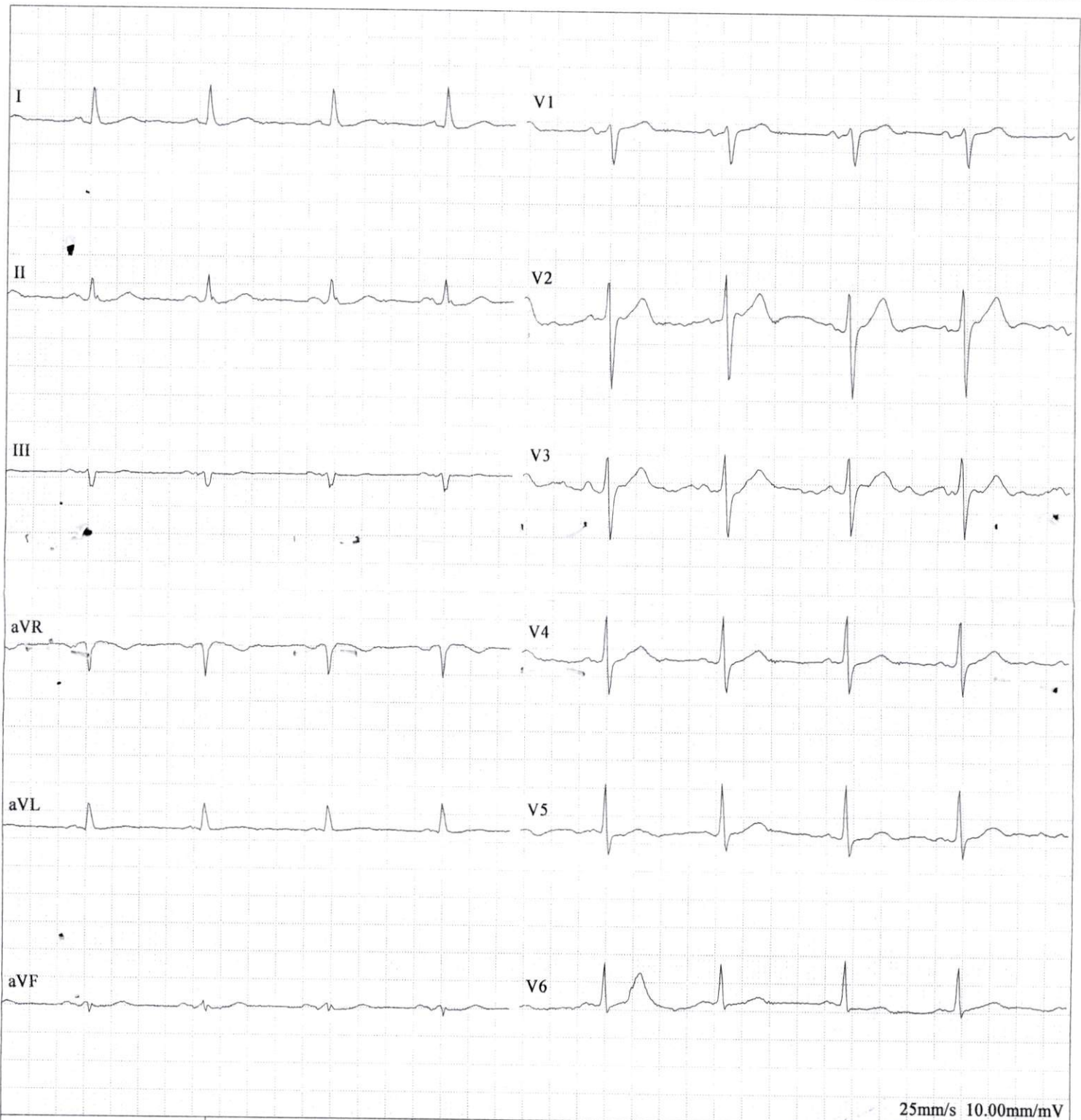
Clinique N :

Section :

SN : 0008618

Case No. : ABDELHAK Lit No. :

Date : 06/12/2023



25mm/s 10.00mm/mV

Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Sample Time:	4s	QT Interval:	--	
HR:	70bpm	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

DOCTEUR FOUAD TAGMOUTI
CLINIQUE
21 Avenue Lahcen OUAÏD
Tel: 05 22 22 20 91 / 06 22 26 75 34
Fax: 05 22 27 75 90

Signature Medecin :