

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

M24-0007726

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **627** Société : **RODM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **203072**
 Nom & Prénom : **Mr. AHMED AHMED**
 Date de naissance : **12-03-1984**
 Adresse : **May Essalam Ave. Madaya Toudgha**
61 Casablanca
 Tél. : **063003386** Total des frais engagés : **2502,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. DABIF Abdellatif**
 Date de consultation : **20 AVR. 2024**
 Nom et prénom du malade : **Mr. AHMED AHMED**
 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 : **Casablanca** Le : **20/04/2024**
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
20/04/2024	CSC + ECO	300,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARAUCARIA Hicham TALI Pharmacien 42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L. Casablanca - Tél.: 05 22 36 13 05	20/04/2024	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE ARAUCARIA Hicham TALI Pharmacien 42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L. Casablanca - Tél.: 05 22 36 13 05	20/04/24		1786,70
	20/04/24		416,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

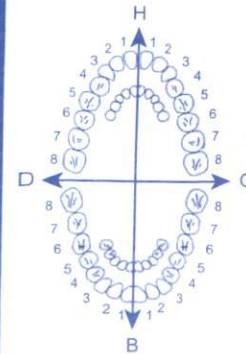
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

LOT
EXP 232917 1
09 2026

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 654127
118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 654127
118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 652645
118001 141104

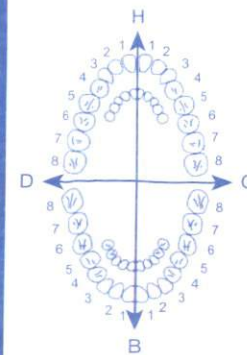


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

D	H	G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



59,10

59,10

59,10

208,00

208,00

208,00

208,00

208,00

208,00

Dr Darif Abdellatif

Médecin spécialiste
en maladies Cardiovasculaires
et l'hypertension artérielle



الدكتور ضريف عبد اللطيف

طبيب اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

Casablanca, le

20 AVR. 2024

Mr Ait Ahmed Ahmed

20800

x4

①

Coveram 45

AS

5310

x3

②

Zytec

7S

24800

x3

③

Strekide 28

7S

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TALI Pharmacien
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L
Casablanca - Tél.: 05 22 36 13 05

3340

④

Alpro

3340

7S

178670

الدكتور ضريف عبد اللطيف
Docteur DARIF Abdellatif
طبيب اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط الدموي
Médecin Spécialiste en Cardiologie et l'Hypertension Artérielle
Rue Mawada, Imm A, Appt 8, Bd Ibn Tachfine, Casablanca
Tél/Fax: 05 22 62 62 94 - Urgences: 05 22 62 72 72

20800 x2

AS

1000

001

41600

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TALI Pharmacien
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L
Casablanca - Tél.: 05 22 36 13 05

001 1/2

Cabinet Dr DARIF

ECG

Nom : AIT MHAMED ~~AIT MED~~ Male

Age :

Clinique N :

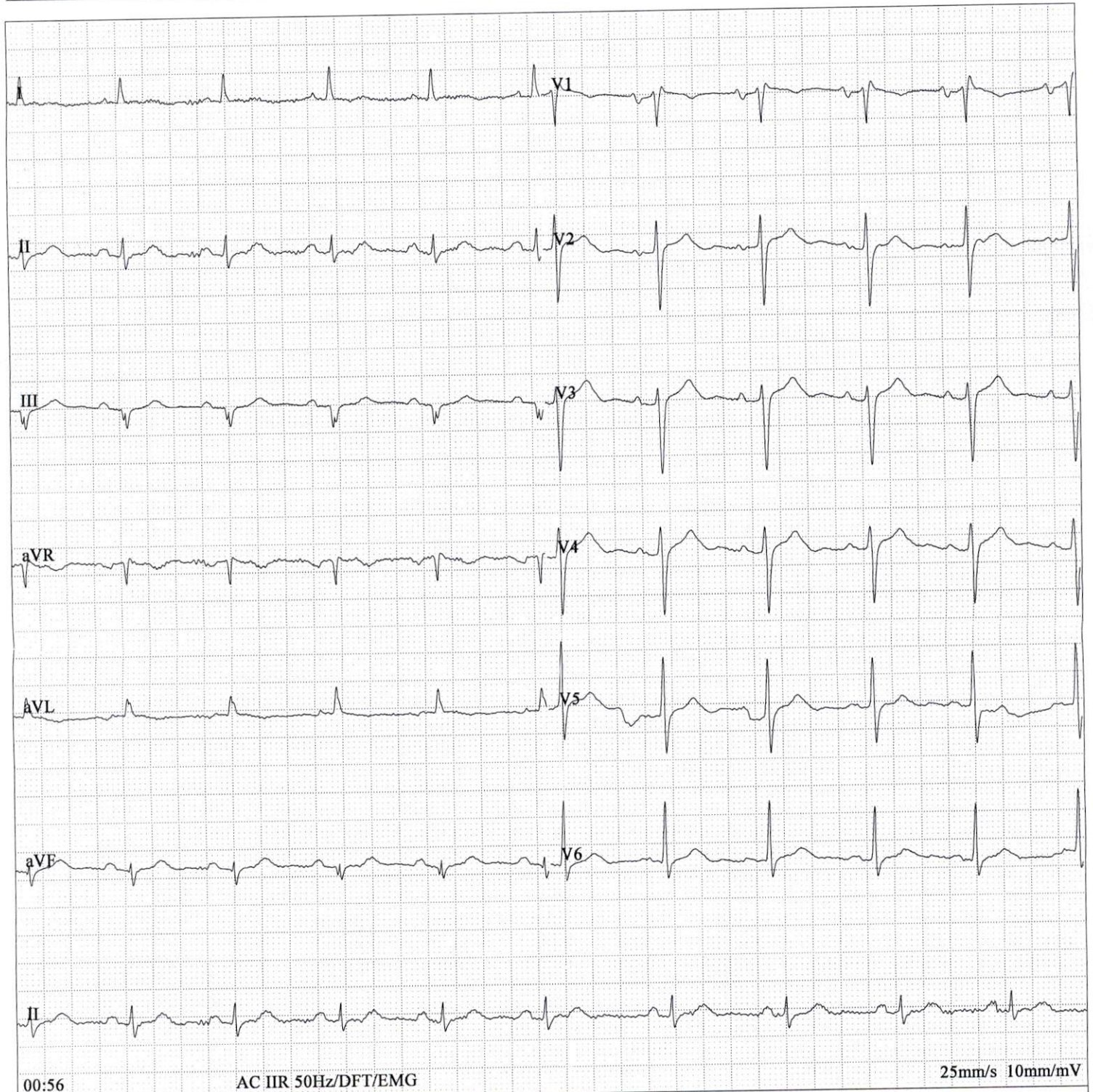
Section :

SN : 0036803

Case No. :

Lit No. :

Date : 20/04/2024 11:53:57



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	163 ms
Temps d'écha	77s	QT Interval:	373 ms
FC:	76bpm	QTc Interval:	420 ms
P Interval:	102ms	P Axis:	62.00°b
QRS Interval:	98 ms	QRS Axis:	-29.50°b
T Interval:	232 ms	T Axis:	65.20°b

Prompt:

الدكتور د. داريف
 Docteur DARIF Abdellatif
 أخصائي أمراض القلب والكلى
 Spécialiste en Cardiologie et Néphrologie
 « Maawada, Imm A, Apt 8, Bd Ibn Tadjine-Casablanca »
 Tél : 06 22 62 62 94 - 06 22 62 62 95

Signature Medecin :