

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-762882

203051

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

519

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL GUERGAAJ

Abdellah

Date de naissance :

1947

Adresse :

4 Rue Hassan Seyfi Hay Salou CTC

Tél :

0522367785

Total des frais engagés :

3694

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/02/2024

Nom et prénom du malade :

M. EL GUERGAAJ

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA, diabète, etc.

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 :

20/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

Décl-

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LONGCHAMP 103 LAZARUS BENJAMIN Rue Toulouse C.I.L. - Cas Tél. 05 22 36 47 51 INP : 0922	22/2/24	3344,70

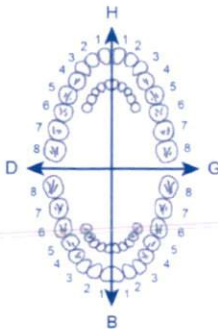
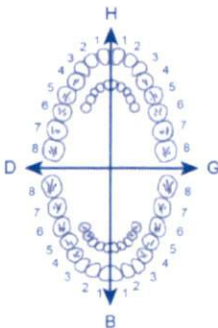
[illegible][illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

20/02/2024.

NGCHAMP

INLAMLIH

ALL - Casa

36 47 51

EL GUERGAAI LATIFI

1. Eliguis

748,00

1-0-1

(S.V)

250,00

2. Coveram

5/10

237,00 x 6

1-0-0

(S.V)

3. Cardensiel

58,10

1/2 - 0 - 0

(S.V)

3344,30

PHARMACIE LONGCHAMP
Rajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Casa
Tél 05 22 36 47 51

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

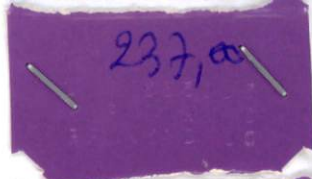
traitement de



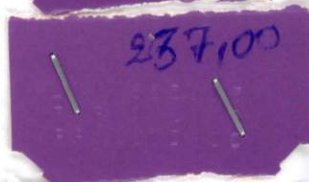
→ 237,00



→ 237,00



237,00



237,00



237,00



237,00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :
17/16DMP/21/NNP

Eliquis® 5 mg
20 comprimés pelliculés

ELIQUIS 5MG 20 CPS
P.P.V : 250DH00

6 118001 171262

Laboratoires
Pfizer S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :
17/16DMP/21/NNP

دواء مسجل رقم : 17/16DMP/21/NNP

Eliquis® 5 mg
20 comprimés pelliculés
P.P.V : 250,00 DH

6 118001 171262

Laboratoires
Pfizer S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :
17/16DMP/21/NNP

دواء مسجل رقم : 17/16DMP/21/NNP

Eliquis® 5 mg
20 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 20 CPS
P.P.V : 250DH00

6 118001 171262

Laboratoires
Pfizer S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé N° :
18/16DMP/21/NNP

دواء مسجل رقم : 18/16DMP/21/NNP

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00

6 118001 171255

Laboratoires
Pfizer S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.

فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :

Eliquis® 5 mg
20 comprimés pelliculés
P.P.V : 250,00 DH

6 118001 171262

Laboratoires
Pfizer S.A.

Reçu de caisse

Médecin : DR. LOUAHABI TAOUFIK

N° : 2402201013522790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
24B200959	NASSAB LATIFA	20/02/24

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		350.00
PAYANT	Total payé	350.00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : WIDAD

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE U
532 Bld Panoramique Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax 05 22 25 00 01

ID:
D-nais
ans,

20-Fév-2024 12:23:55

Fréq. Card. 56 BPM
Int PR 136 ms
Dur. QRS 92 ms
QT/QTc 439/431 ms
Axes P-R-T -42 33 31

BRADYCARDIE SINUSALE

ECG SUBNORMAL

INTERPRETATION BASEE PAR DEFALT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE

Revu par _____

Dr. MAOTIK LOUHAJ
Cardiologie Interventionnelle
INPE : 91026807
Tél: 06 41 40 34 47

