

## 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.

### Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 049511

☒ 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 : 250,00 + 1117,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/12/2020

Nom et prénom du malade : AIT MERIM Brahim Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Coron

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) :


*Shes*



# 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
15/12/2020	SA GCB		250,-	 Dr. ALLAL Mohamed Cardiologue 20, rue de France Ville Ouse - 9556 - Case 33 25

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE L'HOPITAL DI. LOUET A. - AOULO N° 0000000000 - AOULO Provence TAPOUDANT Tél: 04 93 28 12 12	15/12/2020	1117,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

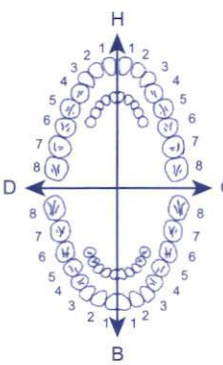
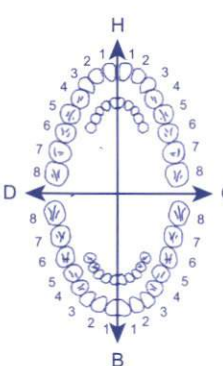
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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**

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

15/12/2008

Mr AIT Mueen Borkien



2380x3 + Astendil 160mg (1)

5780x3 + LAMOR 10mg : le soir

10000x3 + Fibrocord 180mg = 14

160190x3 + ERPHZ 300mg : 14

8950 - Lixifor : 1 gel le soir

117.00



(3 mois)



20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - وازيس - زنقة فرانس فيل - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



At Mexico Dublin

15/12/2020

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 04/2022  
LOT 9D013 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 04/2022  
LOT 9D013 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 04/2022  
LOT 9D013 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

LD-NOR 10mg 30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

LOT : 201334  
UT AV : 09/2023  
PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg 30 comprimés pelliculés

118000 082217

LOT : 201334  
UT AV : 09/2023  
PPV : 57,80DH

6 118001 070718

FIBROCARD 180 mg 30 gélules

CHLORHYDRATE Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

LD-NOR 10mg 30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

LOT : 201334  
AV : 09/2023  
PPV : 57,80DH

001 070718

FIBROCARD 180 mg 30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

6 118001 070718

FIBROCARD 180 mg 30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

IRPHI 300 mg 30 Comprimés

6 118000 051268

IRPHI 300 mg 30 Comprimés

6 118000 051268

30 Comprimés

6 118000 051268

X1001 0224

Lot/ de pr LOT PER EF 317MA

Prix 89.50

3 700221 339503



15-Déc-2020 12:36:04

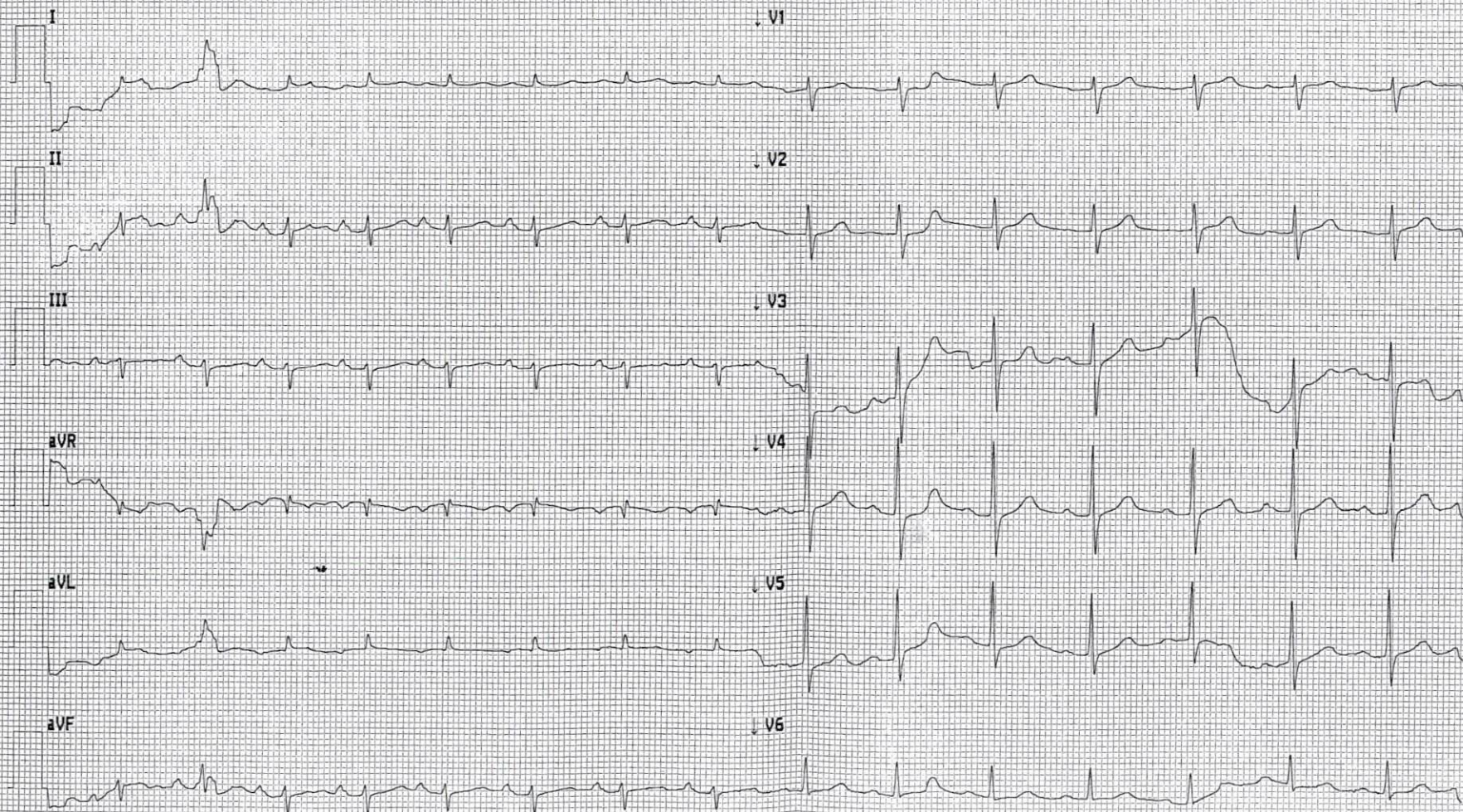
Fréq. Card. 93 BPM  
Int PR 199 ms  
Dur. QRS 81 ms  
QT/QTc 344/395 ms  
Axes P-R-T 79 -31 52

TA = 130/80

DR ALLOUT Mohamed  
Cardiologue  
20, Rue de France Ville Oasie - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25

ID:  
D-naiss  
ans,

AT Nouri  
Brahim





☐ valable 3 mois

Le 15/19/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



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 15 Décembre 2020

Mr AIT MERIEM Brahim

FACTURE N° 18536/2020

Date	Désignation	QT	Montant
15/12/2020	Consultation Cardiologique+ECG	1	250,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
Deux Cent cinquante dirhame (250,00dhs)

Dr. ALLOUJI 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