

# 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

M22- N° 003819

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373 Société : RAM 133913

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 1-7-1951

Adresse : 128 Abbadi Breika Tamar

Tél. : 06 19 54 14 14 Total des frais engagés : 680,82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. CHAM LOUBNA

Rés. Témara Mall 2, Im. A2, N°2

Av. Hassan II - Témara

Tél : 05 37 61 36 36 / 06 64 29 31 82

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/22

Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + ALFA

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Arthrose, HTA

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 : Témara

Le : / /

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
31/08/22	C1		30000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/22	6027.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

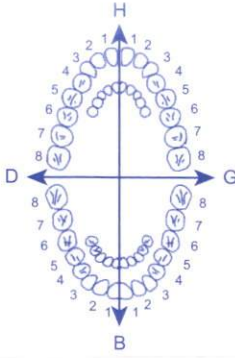
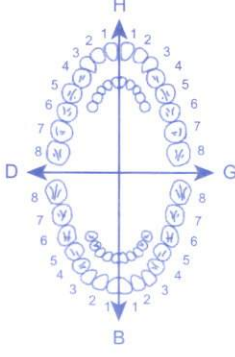
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr CHAMI Loubna

## ECG

Nom : EL HANI FATIMA

Female

Age :

Clinique N :

Section :

SN : 0012448

Case No. :

Lit No. :

Date : 31/08/2022 12:51:55



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	33s	QT Interval:	401 ms
FC:	84bpm	QTc Interval:	474 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	-45.20°
T Interval:	245 ms	T Axis:	13.20°

Prompt:

Signature Medecin :



**Dr. Loubna CHAMI** (Ep. Alaoui)

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Adultes et enfants

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبنى شامي (ن. علوي)

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

للکبار و الأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط

كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،

قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود

## ELECTROCARDIOGRAMME - ECG -

Nom : EL HANI FATIMA

Date : 31-08-2022

INPE : 101167724 - IF : 14453885 - ICE : 001775143000003

إقامة تمارة مول 2، شارع الحسن الثاني - العمارة A2، المكتب 2 - الطابق الأول تمارة المركز

Résidence Temara Mall 2, Avenue Hassan II - Immeuble A2, Bureau 2 - 1er Etage Témara Centre

E-mail : loubnachami@yahoo.fr - Tél : 05 37 61 36 36 - GSM : 06 64 29 31 82



☐ **valable 3 mois**

Le 31/08/2022

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
<p>Rés. Témara Mail 2, Im. A2, N°2 Av. Hassan II - Témara Tél: 05 37 61 36 36 / 06 64 29 31 82</p>	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<u>EL HANI FATIMA</u>
Présente <u>une MTA + ACEA</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de :	
<u>longue durée</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	<u>voir ordonnance</u>
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage, Casablanca

CENTRE DE CARDIOLOGIE  
Dr. CHAMLOUBNA  
Rés. Témara Mail 2, Im. A2, N°2  
Av. Hassan II - Témara  
Tél: 05 37 61 36 36 / 06 64 29 31 82



N° Dossier: 119854   
N° Dossier externe: ACC-02373-21/06/2022  
Type de dossier: CARDIOLOGIE   
Bénéficiaire: EL HANI FATIMA  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 21-06-2022   
Date de fin: 21-06-2022   
Date de saisie: 21-06-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
22-06-2022	Manuel	OK PEC BAS DE CONTENTION FORFAIT







**Dr. Loubna CHAMI** (Ep. Alaoui)

**Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires**

Adultes et enfants

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



**الدكتورة لبنى شامي (ن. علوي)**

**طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين**

لل كبار والأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط

كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،

قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

Le : .....

06/06/2022

**MME EL HANI FATIMA**

**MI BAS CONTENTION VEINEUSE GRADE**

( 2 )

Uto, s  
LJ NA PRO SARL  
Importation-distribution matériel  
médico-chirurgical  
43, Avenue du Caire, Témara  
Tél.: 0537 61 05 20

CENTRE DE CARDIOLOGIE  
Dr. CHAMI LOUBNA  
Rés. Témara Mall 2, Im. A2, N°2  
Av. Hassan II - Témara  
Tél: 05 37 61 36 36 / 06 64 29 31 82

INPE : 101167724 - IF : 14453885 - ICE : 001775143000003

إقامة تمارة مول 2، شارع الحسن الثاني - العمارة A2، المكتب 2 - الطابق الأول تمارة المركز

Résidence Temara Mall 2, Avenue Hassan II - Immeuble A2, Bureau 2 - 1er Etage Témara Centre

E-mail : loubnachami@yahoo.fr - Tél : 05 37 61 36 36 - - GSM : 06 64 29 31 82



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 06/06/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : .....	e-mail : ..... Phones : .....
Nom et Prénom de l'adhérent : .....	
Nom et Prénom du bénéficiaire : .....	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : .....	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>CEHANIFARMA</u>	
Nécessite .....	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....	
<u>Bas de contention veineuse.</u>	
Une hospitalisation de (approximatif) .....	
A (préciser l'établissement hospitalier) .....	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
<u>Variées des Membres inférieurs</u>	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision : .....	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



PPV: 14DH00  
PER: 05/25  
LOT: L1929

PPV: 14DH00  
PER: 05/25  
LOT: L1929

nules

LOT 21D29 1  
EXP 04 2025  
PPV 81.00 DH

PPV: 14DH00  
PER: 05/25  
LOT: L1259

PPV: 14DH00  
PER: 05/25  
LOT: L1259

022

MIME EL HANI FATIMA

629.00<sup>x6</sup>

81.00<sup>x6</sup>

203.00<sup>x6</sup>

82.10<sup>x6</sup>

14.00<sup>x2</sup>

1460ae

- Xarelto 20 mg  
1, midi, pendant 3 mois
- Fibrocard Ip 240 mg  
1 gélule, soir, pendant 3 mois
- Cotareg 160/12.5mg  
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois
- Inexium 20 mg  
1 comprimé, matin, avant les rep
- Doliprane 1g  
1, matin, midi, soir, si do

C027.80

LOT 21D29 4  
EXP 04 2025  
PPV 81.00 DH

6 118001 030521  
COTAREG 160/12.5 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 203.00 DH

6 118001 030521  
COTAREG 160/12.5 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 203.00 DH

6 118001 030521  
COTAREG 160/12.5 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 203.00 DH

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V.: 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V.: 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V.: 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V.: 629,00 DH  
Bayer S.A.

LOT 21D29 1  
EXP 04 2025  
PPV 81.00 DH

nules

LOT 21D29 1  
EXP 04 2025  
PPV 81.00 DH

LOT 21D29 1  
EXP 04 2025  
PPV 81.00 DH

LOT 21D29 4  
EXP 04 2025  
PPV 81.00 DH

rale

INEXIUM  
22 rue zoubier bnu al auoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
Cpr GR  
20 mg  
Boite 14  
P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591

INEXIUM  
22 rue zoubier bnu al auoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
Cpr GR  
20 mg  
Boite 14  
P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591

INEXIUM  
22 rue zoubier bnu al auoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
Cpr GR  
20 mg  
Boite 14  
P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591

INEXIUM  
22 rue zoubier bnu al auoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
Cpr GR  
20 mg  
Boite 14  
P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591

INEXIUM  
22 rue zoubier bnu al auoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
Cpr GR  
20 mg  
Boite 14  
P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591

INEXIUM  
22 rue zoubier bnu al auoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
Cpr GR  
20 mg  
Boite 14  
P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591

INEXIUM  
22 rue zoubier bnu al auoum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
Cpr GR  
20 mg  
Boite 14  
P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591