

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

M23-001394

114148

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6371 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABRI Mohamed

Date de naissance : 11/11/1960

Adresse : 322 lot ELWAFAE H

Dernier

Tél. : 0602561581 Total des frais engagés : 497,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL MEURIS MONIA
CARDIOLOGUE
LOTISSEMENT NAGHIM IMMEUBLE DIAR EL ALAOUH APP 4,
107 ETAGE EL ALAOUH
TEL: 0522031674 / 06606527007
INPE: 051259198

Date de consultation : 16/03/2023

Nom et prénom du malade : MR SABRI MOHAMED Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AUCUNE

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 : Dersay Le : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/03/2023	CS+ECG		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE 3200 BENJELLOUN Imm. 94, lot NAT N°4-DEROUA TEL 05 22 51 47 07	16.03.2023	243.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

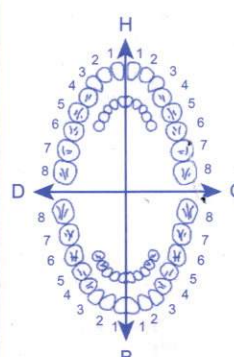
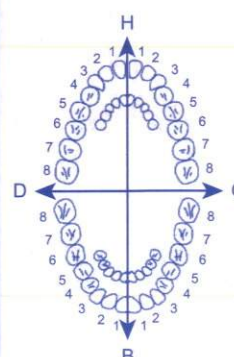
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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										
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	B												
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **SABRI Mohamed**

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr El Mourid** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **002841634000069** N° INPE : **INPE: 061259198**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SABRI Mohamed**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Aucun en fin 2022
Bilan Cardio non encore fait

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Atorvastatin 160 / Couvastam 1 / Cortal 10 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Deira** le **16/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE
LOTISSEMENT NAGIM, IMMEUBLE RIAB EL ALAOU, APP 4,
10000 CASABLANCA
TEL: 0522097674 / 0660627007
INPE: 061259198

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الدكتورة المريد منى

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد . الدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس
طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين
فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي و دقات القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

ORDONNANCE

16 mars 2023

Mr. SABRI Mohamed

1/ KARDEGIC 160 MG Poudre pour solution buvable

1 sachet à midi

208,00

2/ COVERAM 5MG/5MG 5 / 5 MG / MG COMPRIME

1 cp le matin

X 3/ COSTAL 10MG

1 cp le soir

Ts 243,00

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

INPE: 06 20 74 810

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE
LOTISSEMENT NASSIM 26 DIAR EL ALAOUI APPT 4,
1er étage - DEROUA
Tél: 05 22 03 16 74 / 06 60 62 70 07
INPE: 06 12 59 198

تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول . الدروة



Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Derooua



05 22 03 16 74



Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

LOT : ZZE010
PER:05 2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DM70

