

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-768878

NY 7938



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

1186

Société : RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

YAKOUTY TAIBI

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse :

HAY HAN-A-BU PASSAGE HASLANE - N° 26
CASABLANCA

Tél. :

0661747962
0522363065

Total des frais engagés : 719,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin
Dr. Youssef DRIDI
CARDIOLOGUE
100 Bd. Oum El Kheïr Hay Hassani
Casablanca - Tel: 05 22 93 86 90

Date de consultation :

01-02-23

Nom et prénom du malade

OUKALLANE RACHIDA Age: 66ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiologie, Rythmologie (P.M.)

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'autre médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 01/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

RELEVE 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
01-08-23	Enf	300,00	INP : 91152074 Dr. Youssef DRISSI Cabinet de l'Orme 108 Bd Hassan II - Casablanca Casablanca - Tel. 05 22 93 00 00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE A S'MINE 207, Bd Abderrahman Hay El Hana CASABLANCA Tél : 05 22 36 54 72	01-02-2023	419,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXEC

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler
- cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان

-الهولتر-

Casablanca, le

٢٣.٠٧.٢١

أوكارنيس سلاسل

$$244 \times 6 = 1464^{\circ}$$

١٥ دواليب \rightarrow ٢٥ دلاب $\left\{ \begin{array}{l} 68 \times 6 = 408 \\ 12 \end{array} \right.$ دلاب

١٤٠٠

٣ دلاب \rightarrow ٣٥ دلاب $\left\{ \begin{array}{l} 10 \times 5 \\ 10 \end{array} \right.$ دلاب

٢١٨٠٠

٤ دلاب \rightarrow ٤٥ دلاب

٤١٩,٢٠

PHARMACIE YASMINE
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hanech
CASABLANCA
Tél : 05 22 36 54 72

٣٥ دلاب \rightarrow ٣٥ دلاب $\left\{ \begin{array}{l} 10 \times 5 \\ 10 \end{array} \right.$ دلاب

٣٥ دلاب \rightarrow ٣٥ دلاب $\left\{ \begin{array}{l} 10 \times 5 \\ 10 \end{array} \right.$ دلاب

٣٥ دلاب \rightarrow ٣٥ دلاب $\left\{ \begin{array}{l} 10 \times 5 \\ 10 \end{array} \right.$ دلاب

T.S.V.P.../..

١٠٠، شارع أم الريان - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd, Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca

Tél./Fax : 0522 93 86 00 - الهاتف : E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L3047

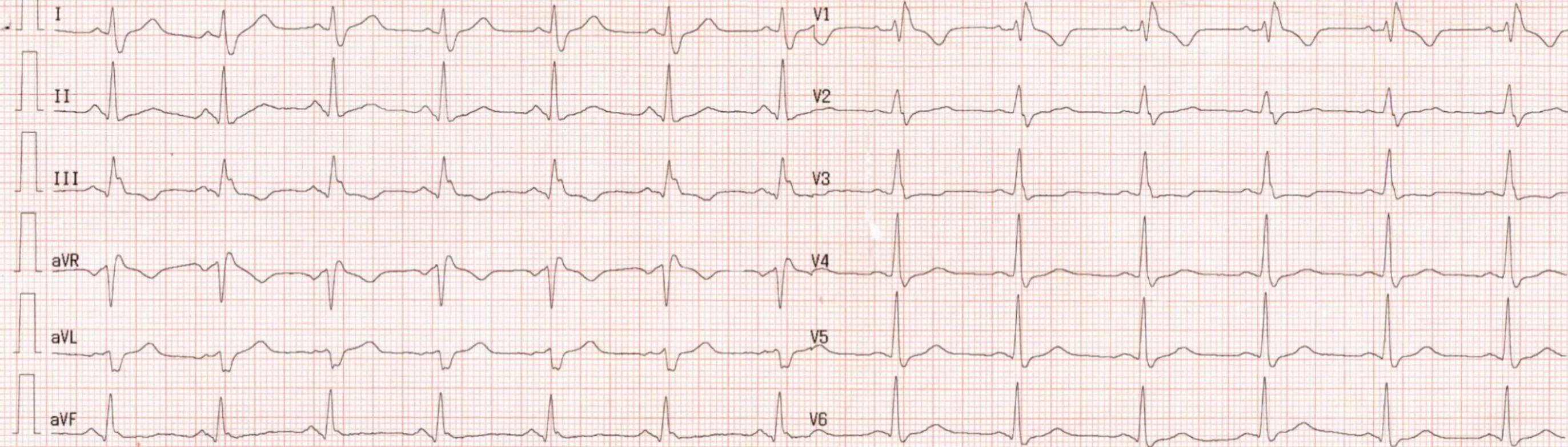
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
ID: 548905
6 118001 141876

CV R&T brouillés

ID: R&T brouillé

01/02/2023 12:48:20

78 bpm



01/02/2023 12:

ID: _____

INCONNU --

Rythme sinusal

--- Interprét

Bloc de branc

ECG anormal

25mm/s 10mm/mV LP: 25Hz AC:50Hz

Cardioline ECG100L 2.01.7025 SN:0628181F