

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

- 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- 0058637

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : Ram 158696

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHMAOUI ABDELKRIM

Date de naissance : 22-16-1955

Adresse : 401 Lotissement ELWAFI DEROUA

Tél. : 06 63 21 48 04 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. EL MOURID MONIA
CADIQU
LOTISSEMENT NABOUNI
TEL: 0522031676 / 1677
INPE: 04125298

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/2022

Nom et prénom du malade : M. SAHMAOUI ABDELKRIM Age :

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

Nature de la maladie : CH, FE 257

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 : DEROUA Le : 22/03/2023

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
09/3/2023	est-fcc		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29-3-23	517,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

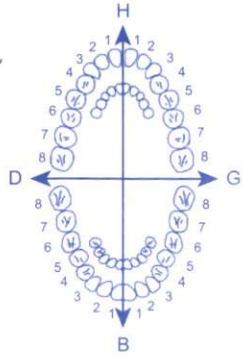
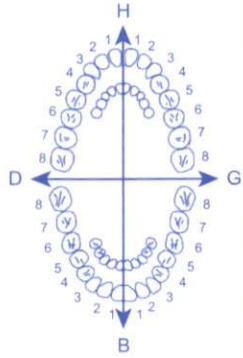
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [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



ORDONNANCE 29/03/2023

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DR EL MOURID MONIA certifie
que Mr. SAHMAOUI Abdelkrim est porteur d'une
maladie cardio-vasculaire chronique nécessitant
un suivi régulier et un traitement médical
permanent.

La prise en charge totale pour A.L.D par la
mutuelle est justifiée chez cette patiente.

Certificat demandé par l'intéressé pour
faire valoir ce que de droit.

Signé : DR EL MOURID MONIA

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

📍 Lotissement Nassim N°26 Immeuble Djar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

☎ 05 22 03 16 74 📞 Urgences : 06 60 62 70 07 ✉ cabinet.drelmourid@gmail.com

FR	Pour 1 ampoule de 10 ml	
Extrait de GINSENG	90 mg	soit 11 mg de ginsénosides
Extrait de MATE	67 mg	soit 14 mg de caféine
Extrait de GUARANA	130 mg	

22051 0125

LOT PER

Prix **109.00**

le dans un
Prendre 1
ce le matin,
difficile ou 10
ne,
bien agiter

GUARA

Instructi
Dilute th
water c
prefera
during t
in shap
the viol
vigorousl
careful

21582 1124

LOT PER

Prix **109.00**

High caffeine content (14mg/vial),
not recommended for children under 15
years old and pregnant or nursing
mothers.

Extrait de...

Conseils d'utilisation :
Diluer le contenu de l'ampoule dans un
verre d'eau ou de jus de fruits. Prendre 1
ampoule par jour, de préférence le matin,
pendant 20 jours en période difficile ou 10
jours pour l'entretien de sa forme.

22169 0425

LOT PER

Prix **109.00**

ampoule),
ns de 15
ntes ou



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

29 mars 2023

Mr. SAHMAOUI Abdelkrim

36.90 x 3
1/ **ALTEC 2.5 MG GELULE**

gélule 1g/j le matin

2/ **BIPROL 5MG**

1 cp le matin

3/ **furosemide**

Traitement pendant : 3 Mois

DR. EL MOURID MONIA
LOTISSEMENT NASSIM
TEL: 0622031224 / 06060627007
INPE: 061259198

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 - Deroua



05 22 03 16 74



Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.dreilmourid@gmail.com