

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 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

N° W21-798877

160507

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

862

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Neuve

Nom & Prénom :

LAMDAOUI

LALLA ZAHRA

Date de naissance :

1942

Adresse :

44, Rue de MOHAMED EL ANASSER, 20000 CASABLANCA

Tél. :

0668 167975

Total des frais engagés :

2181,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :


Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/05/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/05/23	2181,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

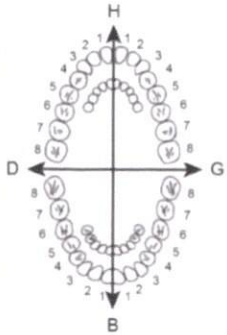
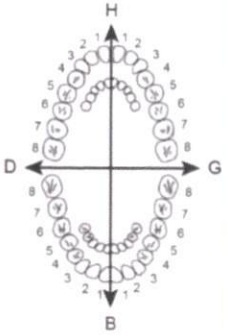
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																	
	<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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



PHARMACIE SENHAJA HEALTH

Abdelhamid SENHAJI - Docteur en Pharmacie

Casablanca Le : 04/05/2023

Client(e) : LAMDAGHRI LALLA ZAHRA

FACTURE N° : 10034

Qte	Désignation	PPV / Unité	Total Brût
3	XARELTO 20 MG BT 28 CPS	629,00	1 887,00
3	COSYREL 5/5 MG BT 30 CPS	98,10	294,30
6	TOTAL NET		2 181,30

Taux	HT	TVA	TTC
0%	2 181,30	0,00	2 181,30
	2 181,30	0,00	2 181,30

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS ET TRENTE CTS.

Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJI ABDELHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBET KHALIL I
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél: 0522.62.38.14

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.
6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.
6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.
6 118001 090808

14011057
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

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

Nom et prénom : *Lamdaghi Lella Zahra*

Matricule : *867* N° CIN : *B247132*

Adresse : *44 Rue de Mehdiya APPT 01 Hay Salam*

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Ichraq NASSIRI* Spécialité :

N° ICE : N° INPE : *INPE : 091200386*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Lamdaghi Lella Zahra*

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 :

AGFA permanente - Ob. diabolique - HVG.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Xarelto 20 mg + Betasol 5 mg + Cosquel 8/16.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

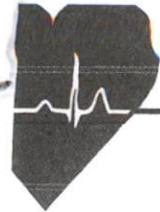
Fait à : *COS* le *21/03/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Rés. El Mansour, 1er Etg. App. N° 1
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 39 76 70

*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



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca Bordeaux-Liège Belgique
- Diplômée en Echo doppler de l'université Bordeaux II
- Diplômé en Exploration de système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد الدار البيضاء
- بوردو فرنسا / لينج بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللاإرادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 1/3/2023

Dr. Hamdouchi Lalla Zahra

- 2) Régime peu salé S.V
629,00 x 3
- 2) Xarelto 20 S.V
98,10 x 3
- 3) Casiprel 5/5 S.V
114,10 x 2
- 4) Bester 5 mg S.V
111,80

lot de 21 jours

1 = 2 521,30

Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJI ABDELHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél : 0522.62.38.14

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Rés. El Mansour, 1er étage Appt N°1
Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقف الوصفة حتى الموعد التالي

249، إقامة المنصور الطابق الأول، رقم 1 شارع اليقوب المنصور - الدار البيضاء
249, Résidence El Mansour, 1er étage Appt N°1 Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél. : 05 22 39 76 70 - 06 69 16 79 04 - E-mail : Ichraqnassiri1@gmail.com