

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

M23-001887

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1316 Société : RA
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TOUFAN ISMAIL 163873
 Date de naissance : 01/01/49
 Adresse : Meuse adnise
 Tél. : 066151736 Total des frais engagés : 227,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SOUALY . M
Cardiologue
Angle Rue d'Azammar & Bd. Sidi Abderrahmane
Bât. Communal N°10 - 1er Etage H. Hassan
Casablanca - Tél. 0522 91 31 38

Date de consultation : 03 JUIN 2023
 Nom et prénom du malade : M2 TOUFAN ISMAIL Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : Le : 03/06/23
 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
03 JUIN 2023		2 ETC	3000	Docteur S. ALY.M. Dentiste Agla. Rm. 6 Azoumouy, Bd. Shit Abderrahmane 100. Communal N° 10 - 1 ^{er} Etage H. Hassani Casablanca - Tél: 0522 91 31 38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HND Lot Municipal Bloc 11 N°516 Bis Hay Hassani Casa - Tél: 0522 914 457	03/06/23	1977,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

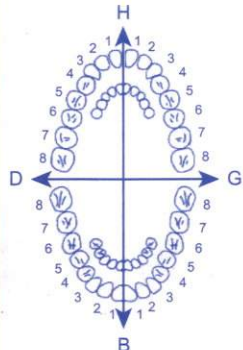
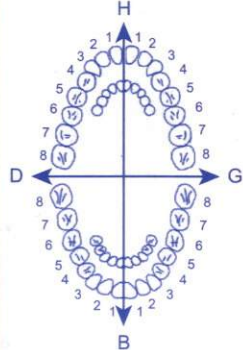
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 <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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur M. SOUALY
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب
خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

03 JUIN 2023

M1 TOUFAN ISMAIL
208, 100 x 6

- Couverture 5-15 14

- Détensio P 10-15 14

- Kardiographie 10-15 14

Traitement de base

113.70
- Rancipren 10-15 14

Pharmacie HIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel. 0522 914 457

الدكتورة اسوالي
Docteur SOUALY.M
Cardiologue
Angle Rte. d'Azouar & Bd. Sidi Abderrahmane
Immeuble Communal N°10 - 1er Etage H. Hassani
Casablanca - Tél. 0522 91 31 38

الدكتورة اسوالي
Docteur SOUALY.M
Cardiologue
Angle Rte. d'Azouar & Bd. Sidi Abderrahmane
Immeuble Communal N°10 - 1er Etage H. Hassani
Casablanca - Tél. 0522 91 31 38

Sur Rendez-vous

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 0522 91 31 38

20 mg
oligo
à l'intérieur.
des pilules
à dévorer
PPV: 113 DH70

10/10
3 semaines
1 semaine
E47
Distribué par Cooper Pharma
PPV : 72,00 DH
6 118001 101788
DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236

10/10
3 semaines
1 semaine
E47
Distribué par Cooper Pharma
PPV : 72,00 DH
6 118001 101788
DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236

KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT : 23E002
PER: 10 2024
118000 061847

KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT : 22E008
PER: 09 2024
118000 061847

KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT : 23E002
PER: 10 2024
118000 061847
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT : 22E009
PER: 10 2024
118000 061847
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT : 23E002
PER: 10 2024
118000 061847

0912984
Distribué par Cooper Pharma
PPV : 72,00 DH
6 118001 101788
DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma
7862160236

Distribué par Cooper Pharma
PPV : 72,00 DH
6 118001 101788
DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236

Nom: TOUFAH ISMAIL

Date de naissance: 01/01/1949

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 2216N°7

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 03/06/2023 10:51:45

1/1

