

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- 0048231

187096

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 399

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ADVANE Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : ADVANE Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie ischémique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

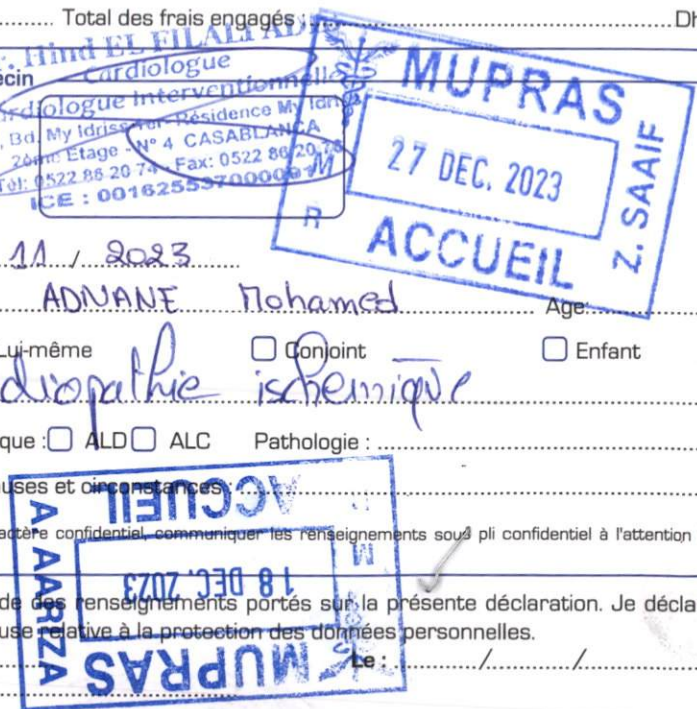
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

01.11.23	C ₅	300p20
----------	----------------	--------

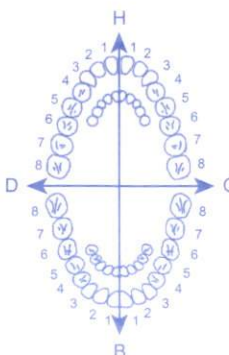
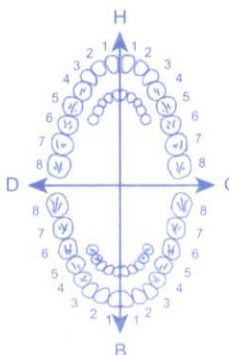
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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																																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div></div>
				FIN D'EXECUTION <div></div>	

[illegible][illegible]

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort- Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب و الشرابين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب و الشرابين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

01 novembre 2023

Mr. ADNANE Mohamed

TRIPLIXAM 10 /2.5/10mg

1comprimé par jour pendant 4 Mois

LE MATIN

CARDIOASPIRINE 100mg

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois

LE MIDI

ROZAT 20mg

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois

LE SOIR

CARDIX 6,25 mg

1comprimé X2 par jour, pendant 4 Mois

MATIN ET SOIR

REGIME PAUVRE EN SEL

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er, Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 75
ICE : 001625537000091

ADNANE ,MOHAMED

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

01/11/2023 14:34:19

FC: 74 BPM
Int PR: 178 ms
Durée QRS: 162 ms
QT/QTc: 428/455 ms
Axes P-R-T: 76 0 147
RR Moy: 806 ms
QTcB: 476 ms
QTcF: 459 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind EL HALLAD
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idness - Résidence My Idness
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 Fax: 0522 86 20 76
ICE : 001625557000084

Signé par:

Date:

