

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'El
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

M23-013918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 792 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FATTANI Mohamed
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : Résidence NADIA EM, Route d'El Jadide
Casablanca
Tél. : 061124217 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Madrif, Casablanca

Date de consultation : 13/12/2023
Nom et prénom du malade : FATTANI Mohamed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : FATTANI MOHAMED
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Coronaropathie
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 : Casablanca Le : 13/12/2023
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
13/12/23		CS K1.6	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MILAL LAABOUDI Selwa 77, Rue Al Bachir Laâlal Cité Plateaux - Casablanca - INPE : 092024256 Tél.: 0522 35 96 06 - C.F. : 001513239000014	13/12/23	3647,20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

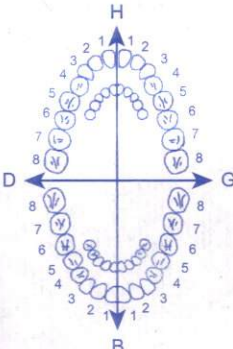
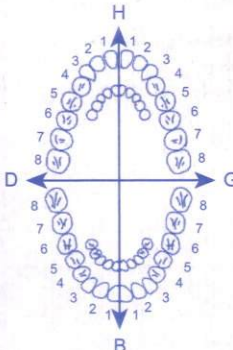
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 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-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Diplômée de la faculté de Lyon

Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca

18/12/2023

M. Fattalti Mohamed

SV

405,- x 6
2430,00

1/ IUPERIO 50

SV

up x 2

SV

34,60 x 3
103,80

2/ losilis 40

TTL

up nidi

SV

3/ Zupis

3) Cardenbel 5

58,10 x 3

174,30

up nidi

SV

89,20 x 3

267,60

4/ amlo 5

up poic

SV

147,10 x 4

588,40

5/ Rozet 10

up retru

27,70 x 3

83,10

6/ Cardio 10

up

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa

230, Boulevard Brahim Roudani - Route d'El jadida, Maarif - Casablanca

Tel.: 05 22 25 21 81

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue El Bacha
Cité Plateaux - Casa - INPE : 09207
Tel.: 05 22 25 96 06 - ICE : 00151339980014

Docteur **ZOHEIR Fatima**
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Maarif - Casablanca

TTL =
3647,20

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH



6 118001 100873

7862160239

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH



6 118001 100873

7862160239

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH



6 118001 100873

7862160239

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg 
28 COMPRIMÉS



قرص 28

5 mg



UT.AV : 3 2 0 2 6

P.P.V.

8 9 2 0

LOT N° : H L 0 8 2 2

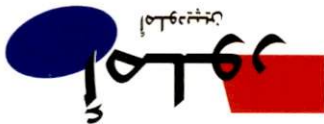
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg 
28 COMPRIMÉS



قرص 28

5 mg



UT.AV : 3 2 0 2 6

P.P.V.

8 9 2 0

LOT N° : H L 0 8 2 2

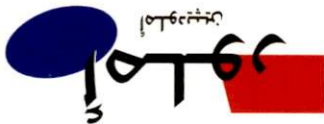
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg 
28 COMPRIMÉS



قرص 28

5 mg



UT.AV : 3 2 0 2 6

P.P.V.

8 9 2 0

LOT N° : H L 0 8 2 2

PPV: 147DH10
PER: 11/24
LOT: L3805-2

ROZAT[®]

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale



bottu_{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 147DH10
PER: 11/24
LOT: L3805-2

ROZAT[®]

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale



bottu_{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 147DH10
PER: 11/24
LOT: L3805-2

ROZAT[®]

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale



bottu_{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 147DH10
PER: 11/24
LOT: L3805-2

ROZAT[®]

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale



bottu_{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable