

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 canaux, 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 canaux.

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- 0046917

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601

Société : 196867

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 COURS DES SPORTS

20200 CASABLANCA / HH

Tél. 0662512154

Total des frais engagés : 901,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/12/2023

Nom et prénom du malade : M. BIRKOU Mohamed-Naji Age : 86 an

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : CASABLANCA

Le : 25/12/2023

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
25/12/23	CS		30,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/12/2023	601,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

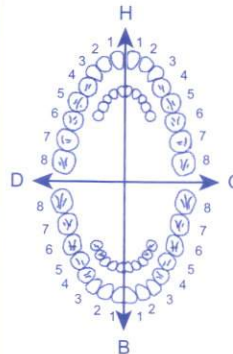
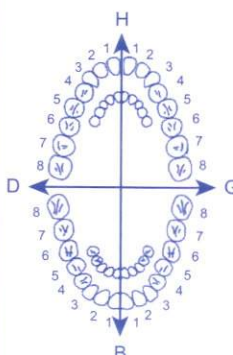
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																	
	<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

MBIRKDU
Mohamed Naji
83/22
07.01.1938 Masculin
85 ans
165 cm / 55 kg

FC 43/min

Intervalles

RR 1407 ms

P 114 ms

PR 164 ms

QRS 114 ms

QT 512 ms

QTc 434 ms

(Bazett)

Axes :

P 2°

QRS -49°

T 14°

P (II) 0.05 mV

S (V1) - mV

R (V5) 1.30 mV

Sokol. 1.46 mV

BRADYCARDIE SINUSALE

POSITION HYPERGAUCHE

HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR.

QRS(T) MODIFIE:

INFARCTUS ANTEROSEPT.

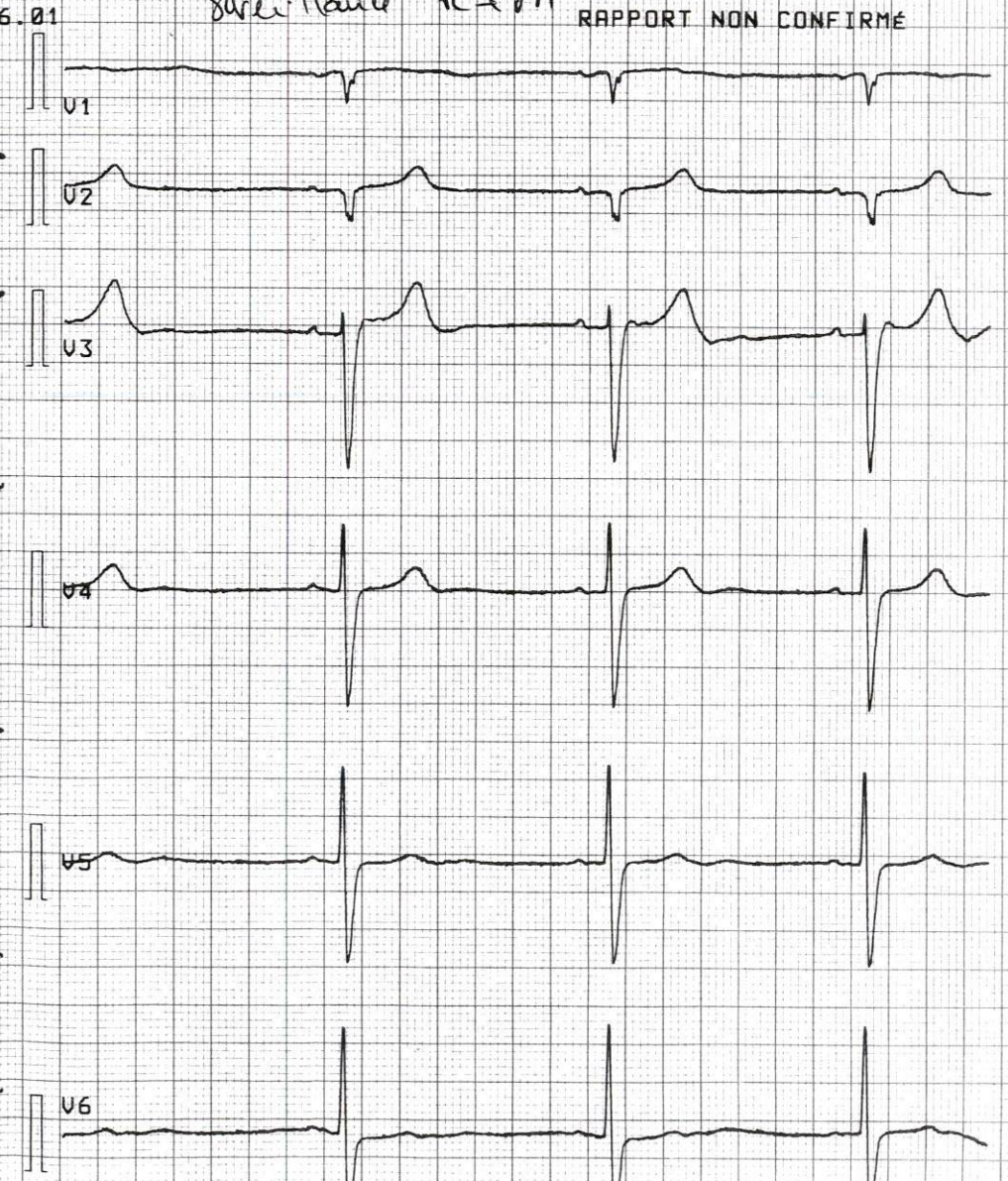
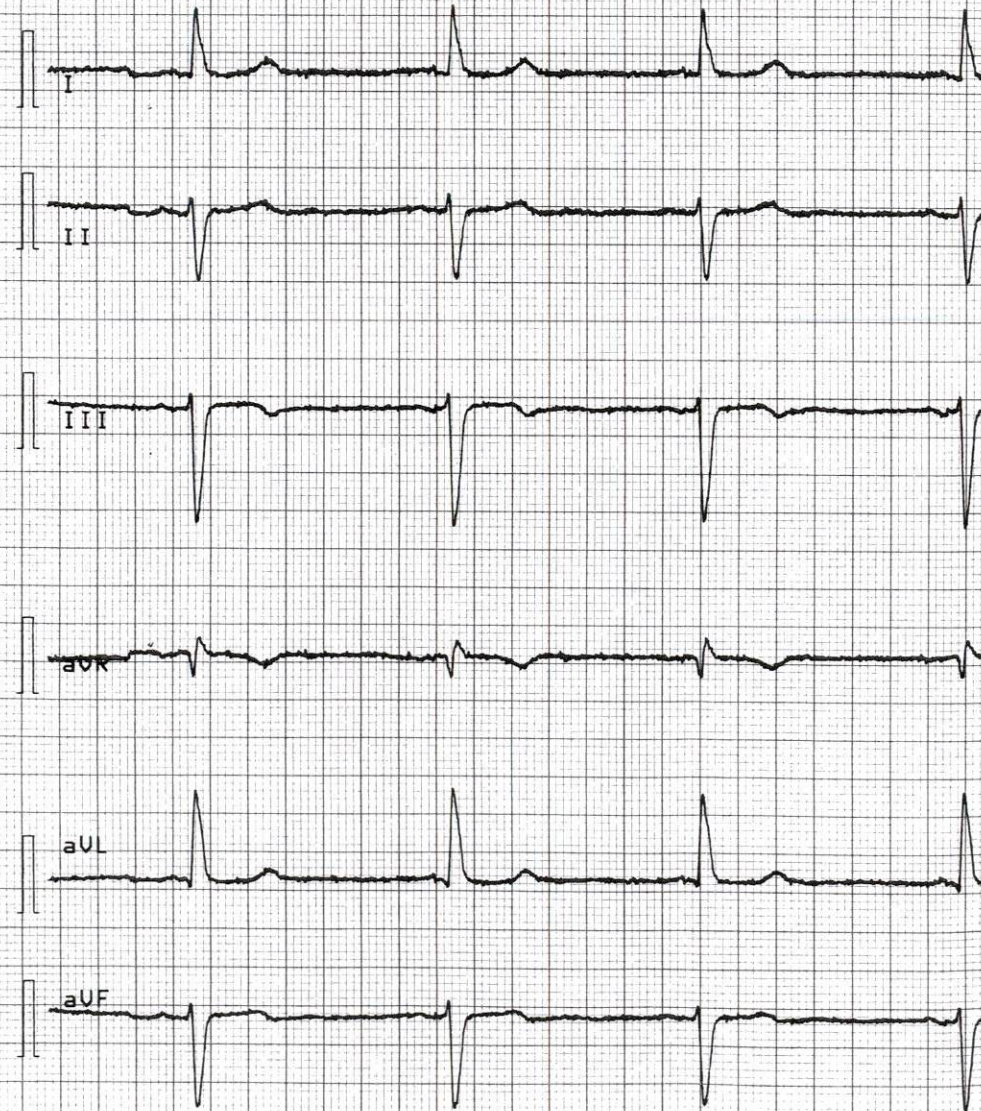
PROBABLEMENT ANCIEN

ANOMALIE EN INFER. NE PEUT ETRE EXCLUE(E)

ECG ANORMAL

Docteur Samar FERHI
Cardiologue
N° 123456789

Surveillance FC-PA (corrélation)
RAPPORT NON CONFIRMÉ



PHARMACIE GHAFRI
2. Angle Bd Tenants
Rue Abourrouse Ferme
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

2 boîtes de 28 comp
3 boîtes de 14 comp

49,40

49,40

25,60

25,60

25,60

Lot n° : 55,10

EXP :

PPV :



6118001320158

Lot n° : 55,10

EXP :

PPV :



6118001320158

LOT : 231847

EXP : 11/2026

PPV : 57,80DH

LOT : 231511

EXP : 10/2026

PPV : 57,80DH

LOT : 231511

EXP : 10/2026

PPV : 57,80DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 09/2025
LOT 36008

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 06/2025
LOT 31004 16



6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH



6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

Docteur Samar FERHI
Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux



الدكتورة سمر فرحي
طبيبة اختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين

Ancien interne du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée de l'Université de Médecine de Rabat
Diplôme d'échocardiographie Doppler
de l'Université de Bordeaux

طبيبة داخلية سابقا
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط
خريجة كليات الطب بالرباط والفحص بالصدى
ببوردو

25 décembre 2023
Casablanca, le..... في الدار البيضاء،

Mr. MBIRKOU Mohamed Naji

AMEP 5mg, Comprimé

2b/28 c → 2 x 49,40

1 cp/j le matin, pendant 3 Mois

+ 3 b cte/14 cp → 3 x 25,60

ASKARDIL 75 MG

1 cp/j à midi au milieu du repas, pendant 3 Mois

CARDENSTIEL 1.25

2 x 77,84 cp / jour, pendant 3 Mois (surveillance de la FC, Si <50 bpm, arrêt)

LDNOR 10 MG

2 x 57,84 cp le soir, pendant 3 Mois

EXTRAMAG

NR 1 cpx2 par jour, pendant 3 Mois

D CURE 2400 UI (dose d'entretien)

2 x 55,18 gouttes / j au long cours en association avec le magnésium

A revoir dans 3 mois

601,80

NR
Non remboursable

Docteur Samar FERHI
Spécialiste en cardiologie
et Imagerie cardiovasculaire
18, Route de POISSIS, CASABLANCA
Tél: 05 22 99 19 18 / Fax: 05 22 99 19 18

PHARMACIE GHAFRI
22, Angle Bd Terrail Sport,
Rue Abourrouse Ferhi, Casablanca
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 48

264, شارع ابراهيم الروداني اتجاه طريق الجديدة، زنقة أكسياس - إقامة الوفاق - الطابق الاول، الشقة رقم 18 - المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 99 19 18 - المستعجلات: 06 61 21 48 96 - البريد الإلكتروني: drferhisamar@gmail.com

264, Bd. Brahim Roudani vers route d'El Jadida, rue des Acacias (en face de kitea) - Résidence El Wifak - 1^{er} Etage, Appt. n°18 - Maarif - Casablanca

Tél/Fax: 05 22 99 19 18

Urgences:

0661 21 48 96

E-mail:

drferhisamargmail.com