

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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- N° 0040406

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 639

Société : Mupras

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIS Aïcha veuve KANA LAHACI

Date de naissance :

Adresse : Hay HASSANI D9 B N° 1970, 608

Tél. : 0661 51 7709

Total des frais engagés : 1970,608 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ALAMI Mohamed

Professeur en Cardiologie

264 Bd Ghandi - Casablanca

Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 MARS 2024

Nom et prénom du malade : FARIS ED KANA AÏCHA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : FA - Anticoagulant

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) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
11 MARS 2024	consultation	300	300	Dr. ALAMI Mohamed Professeur en Cardiologie 264 Bd Ghazi - Casablanca Tél: 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Ghazal Bd Oued El Ghazal Habitat 1462/2 Oued El Ghazal Tél: 05 22 93 84 32	11/03/24	1670,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

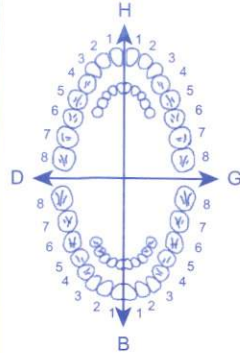
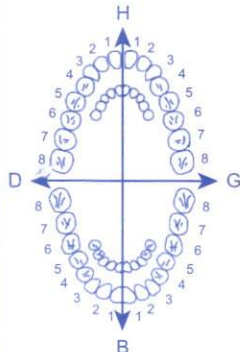
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

11/03/2024

FARIS EP KANA AICHA

370,00 x 3

REXABAN 20

1cp /J

25,00 x 2

DIGOXINE

1/2cp 1J/2

58,70 x 2

TENORMINE

1/4cp /J

73,70

RANCIPHEX 20

1cp /J

89,20

AMLOR 5

1cp /J

29,70 x 2

AZIX 500

1cp /J

MUXOL Sirop

1cas x2/j

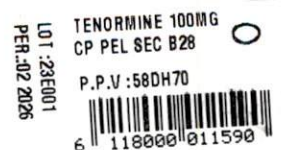
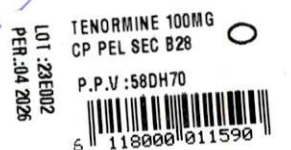
x6j

30,50

Professeur Alami Mohamed. 264 Bd Ghandi. Casablanca. Tel 0648960181



Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 30 11 12 / 06 61 15 78 06



1670,20

P10002669



0 2 15 6 3
0 9 / 2 6
3 7 0 0 0 0

Fiche de Consultation du 11/03/2024

FARIS EP KANA AICHA

Terrain Atopique: PENICILLINE

Regime

Poids 64 Kg
Indice de Masse 29,6 (Norme: 20 à 25)
Risque CV %

TA 160 / 90 mmHg

Frequence Card 66 c/mn

Medicaments Prescrits

REXABAN 20
LASILIX
DIGOXINE
TENORMINE
RANCIPHEX 20
AMLOR 5

Examens Demandés

Radiologie

Biologie

Uree, Creatinine, Glycemie a jeun, H

CT, HDL, LDL, TG

NFS+ PQ

GOT, GPT

Avis

Notes

Prochain RV

11/06/2024 10:00:00



Pr ALAMI M (s2)

Nom : RAFIS EP KAN

Age : 82

Clinique N :

Section :

SN : 0022626

Case No. :

Lit No. :

Date : 11/03/2024



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--
Sample Time:	15s	QT Interval:	417 ms
HR:	66bpm	QTc Interval:	438 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	135 ms	QRS Axis:	-48.10°b
T Interval:	216 ms	T Axis:	110.70°b

Prompt:

Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

Signature Medecin :