

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

- 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

199591
Déclaration de Maladie
N° P19- 053390

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 696 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAABI Mohamed

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : Hay AL INAR 1 Bd Tichka 107 Casablanca

Tél. : 06 07 05 4040 Total des frais engagés : 62750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 JAN 2024

Nom et prénom du malade : BAABI Mohamed Age: 82 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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 : 15 / 03 / 2024


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
03 JAN 2024	C.I.E.C.C.		300,50	Dr Rachid JOUBERT CARDIOLOGUE 47 Bd Souhail Eroumli, Etage 1, 2000 de l'Hôpital Al Mansour / Sidi Rahou Casablanca - Tél: 05 22 76 80 80 Cardiologie - Email: cardiol@almanmour.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

	31/12/24	327,50
--	----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

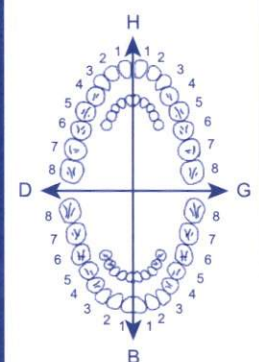
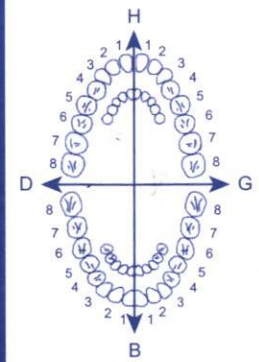
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
			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 RACHID JOUNDY

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Echo-doppler Couleur Cardio-Vasculaire

Holter Tensionnel et Rythmique

Epreuve d'Effort

Sur Rendez-vous



NFE:091047357



الدكتور رشيد جندي

إختصاصي في امراض القلب و الشرايين

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير

الهولتر - تخطيط القلب

أثناء المجهود

بالموعد

Casablanca, le : 03/01/2024

BAABI MHAMED

- **Coplavix 75mg/100mg**
1 Comprimé, matin, pendant , 3 mois
- **Aldactone 50 mg**
1 Comprimé, midi, pendant , 3 mois
- **Torva 10 mg**
1 Comprimé, soir, pendant , 3 mois
- **Digoxine native 0,25 mg**
1/2 Comprimé, matin, pendant , 3 mois
- **Novortan 150 mg**
1 Comprimé, matin, pendant , 3 mois
- **Docivox**
1 càs, matin, soir, pendant 6 jours
- **Lovanic 500 mg**
1 Comprimé, matin, pendant , 7 jours
- **Effipred 20 mg**
2 comprimés matin, pendant 5 jours
- **Visentiel**
1 Comprimé, matin, pendant 20 jours

LOT : 230496
DLUO : 05/2026
69,00DH

139,50

PPU 40DH00
EXP 06/2026
LOT 32011 18

P.P.C : 79 DH
Dluo : Lot :
11/24 V307G

417, Bd. Souhaïb Erroumi, 1^{er} Etage (en face de l'Hôpital Al Mansour) - Sidi Bernoussi - Casablanca
E-mail : cardiologie.joundy@gmail.com : البريد الإلكتروني : **Tel : 05 22 76 86 41** : الهاتف

ANNAJAT CASA
med ARRAZI
pharmacie
Rd. Al Baustane Im J
Casa - Tél: 05 22 52 73 99

RACHID JOUNDY
417, Bd. Souhaïb Erroumi, 1^{er} Etage (en face de l'Hôpital Al Mansour) - Sidi Bernoussi - Casablanca
E-mail : cardiologie.joundy@gmail.com : البريد الإلكتروني : **Tel : 05 22 76 86 41** : الهاتف

327,50