

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 063231

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1391

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SOUALY Mohamed

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : Jnane californie, Saphir 4 Apt 18, Air chock Casablanca

Tél. : 06 24 94 43 45 Total des frais engagés : 6 741,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 JUL 2020

Nom et prénom du malade : M. SOUALY Mohamed Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AC / FA, dyslipémie, DM2

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 : 24/7/2020


Le : 24/7/2020

Signature de l'adhérent(e) :


*[Signature]*



# 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
07/07/2020	C	2	6	 <b>Docteur SOUALY . M</b> Cardiologue Angle Rte. d'Azembar & Bd. Sidi Abderrahmane Imme. Communal N°10 - 1er Etage H. Haassan Saeabiana - Tel : 0522 94 21 23

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/07/2020	6742,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

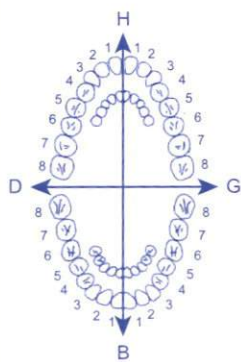
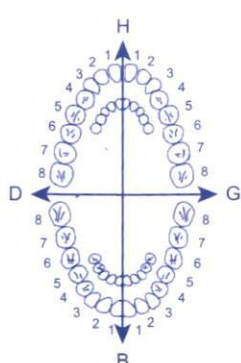
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 CCEFFICIENT 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



**Docteur M. SOUALY**  
**Cardiologue**

Diplômée de la Faculté de Paris



**الدكتورة م. اسوالي**  
اختصاصية في أمراض القلب  
خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

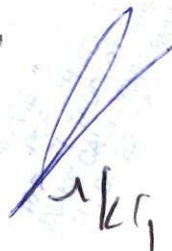
Casablanca, le 24 JUIL 2020

M<sup>r</sup> SOUALY Mohamed

58,10x3

(S7)

- Cardiaque 1 5-5



984,00x3

(S7)

- Xanthine

200

100

51,60x3

(S7)

- Cardiaque

100

100

55,00x3

(S7)

- Cardiaque

100

100

437,00x3

(S7)

- Xanthine

500 / 1000 - 1000

20

185,70x3

(S7)

- Xanthine

500 - 1000

- Xanthine all 300

Sur Rendez-vous

6742,10

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38

Handwritten notes and signature on the right margin.



**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090808

**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090808

**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090808



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V. : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V. : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V. : 437,00 DH



6 118001 100620

**TARDYFERON B9**

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH



6 118001 100620

**TARDYFERON B9**

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH



6 118001 100620

**TARDYFERON B9**

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH



6 118001 041077

**Jardiance 10 mg**

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00



6 118001 041077

**Jardiance 10 mg**

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00



6 118001 041077

**Jardiance 10 mg**

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca;

Crestor 10mg cp pell b30

P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca;

Crestor 10mg cp pell b30

P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca;

Crestor 10mg cp pell b30

P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111



**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : SUDAN MOHAMMED

Présente ANASTASIO CARRETERO, DNI, alpeh

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longo etu

Dont ci-joint ordonnance : Cardes 15, Xarelto 20, Zoleno 101, Samd 50/100  
(à défaut noter le traitement prescrit) Cardes 10 - 20



Nom: SOUALY SIMOHAMED  
Date de naissance: 01/09/1952  
Sexe: Masculin  
Poids: -  
Taille: -

Identifiant: 8901 N°3  
Médecin: CARDIO SOUALY M  
Raison sociale:  
Téléphone:  
Temps d'enregistrement: 24/07/2020 11:29:18

1/1

