

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

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

N° P19- 0043740/2800

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2800 Société : 43662

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ARHANE SAADA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Le : 13/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

nt détaillé noraies	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
------------------------	---

Dr. Mohamed SAHABO
Cardiologue Interventionnel
Insitut de Cardiologie et d'Angéiologie
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tel : 0522.80.03.00 - Fax : 0522.62.12.12

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE S. PARA ACTIMA INARA</p> <p>HAMID HAZZAZ</p> <p>PHARMACIEN</p> <p>CIMA INARA, AV 2 MARS AIN CHOCK N° 86</p> <p>BI : 05 22 87 49 12 - CASAPLANCA</p>	<p>01/10/2020</p>	<p>PHARMACIE S. PARA ACTIMA INARA</p> <p>HAMID HAZZAZ</p> <p>PHARMACIEN</p> <p>CIMA INARA, AV 2 MARS AIN CHOCK N° 86</p> <p>BI : 05 22 87 49 12 - CASAPLANCA</p>

PHARMACIE & PARA ACIMA INARA
HAMID HAZZAZ
PHARMACIEN
 CIMA INARA, AV 2 MARS AIN CHOCK N° 86.
 BI : 05 22 87 49 12 - CASABLANCA

789, HANG HEEZAZ
PHARMACY
C/M INARA, AV 2 MARSAIN CHOCK W 88

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

AM

N
P C

IM

IV

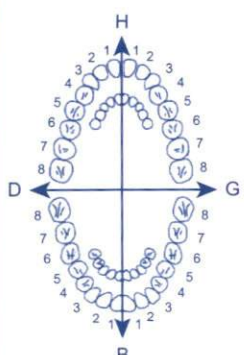
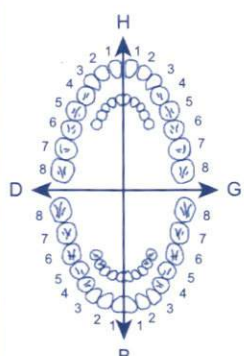
Montant détaillé des Honoraires

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 style="width: 50px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" 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 style="width: 50px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

It

25533412
00000000

2	21433552
0	00000000

D

00000000
35533411

— 0

0	00000000
1	11433553

E

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CARDIO
RADIO
CATHLAB

معهد أمراض القلب و الشرايين

Institut de Cardiologie et d'Angéiologie

12/11/2020

CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

CARDIOLOGIE INVASIVE
CONGENITALE ET
PEDIATRIQUE

RADIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

RYTHMOLOGIE

STIMULATION
CARDIAQUE

EXPLORATIONS
NON INVASIVES

- Echo-Doppler cardiaque
- Echo-Doppler vasculaire
- Echographie de stress
- Echocardiographie
transoesophagienne
- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort

SECRÉTARIAT&PRISE
RENDEZ VOUS

•Tél.: 05.22.80.00.00 (L.G.)

ADMINISTRATION

8h - 17h

06 62 15 45 04

• Garde de salle de
catheterisme 24/24
06 62 17 20 65

• Infirmiere de garde 24
06 62 48 23 97

• Tél.: 05.22.85.14.14
• Fax.: 05.22.82.16.12
• Adresse Electronique:
cardiokt@gmail.com

URGENCES 24h/24:
05 22 80 00 00

PHARMACIE 2 PARA ACIMA
DAMMO HAZZAZ
PHARMACIEN
ACIMA INARA AV 2 MARSA ALA D'OR
Tél: 05 22 87 45 12 - 04

1 - ARCHANE SAADIA

248,00 x 2

Coplonin 75 mg : 1/42 j mot

54,10

Condensiel 2,5 mg : 1/42 j mot

97,60

Pedlipz 20 mg : 1/42 j

82,10

Imesac 20 mg : 1/42 j mot

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Copilavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V : 278,00 DH

6 118001 082018

Tak 3 mai

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubayr bou al aouam rostas
noires casablanca
INEXIUM
Cp GR

20 mg
Boîte 14
6401SDMP 21NRQ P.P.V : 92,10 DH
6 118001 020591

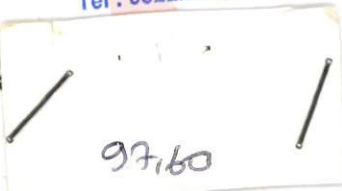
789,80

Dr. Mohamed SAADIA
Cardiologue Interventionnel
Institut de Cardiologie et d'Angéiologie
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tél : 0522.80.00.00 - Fax : 0522.22.16.12

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Copilavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V : 278,00 DH

6 118001 082018



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

Clinique Dar Salam, 728 Bd. Modibo Keita, 20 100 Casablanca, صحنه دار السلام, 728 شارع موديبوكيتا الدار البيضاء

Tél.: 05 22 80 00 00 (L.G.) • Tél.: 05 22 85 14 14 • Fax : 05 22 85 16 12 • E-mail : cardiokt@gmail.com
• IF : 1088015 • Patente : 36350001 • ICE : 001699719000033 • Compte : 129V000341 / AWWB.