

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.

Pathologie 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 : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0031179

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1519 Société : 42438

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL JAMAI AHMED

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse :

Tél. : 0522500324 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/03/2020

Nom et prénom du malade : EL JAMAI AHMED Age :

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

Nature de la maladie : ALD

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 de maladie et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

62651



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
05/03/20	57K16 57G		300M	Dr. Saïd SOLTANI 356, Rue Mostafa El Madi 18.842.13.30 - 09.64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

05/03/20 1.317.00

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

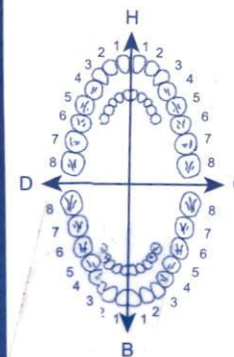
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

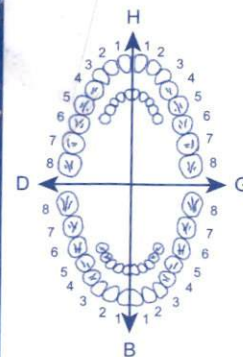
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saad SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

Casablanca, le

Quatre p4
nmd

3X7200

Isesial to

1/2 gletun sup

jean d'vete

3X7520

AMEP to

1/2 gletun

6X145,90

Corosyl sup

1 gletun

1.3A7,00

356. زقة مصطفى المعاني (قرب زقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinet.soulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

LOT 190838
EXP 05/2022
PPV 75.20DH

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

LOT 190840
EXP 05/2022
PPV 75.20DH

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

LOT 190838
EXP 05/2022
PPV 75.20DH

145,90

145,90

145,90

COVERSYL® ○
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL® ○
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL® ○
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL® ○
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

145,90

145,90

145,90

COVERSYL® ○
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL® ○
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 05/03/2027

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Je soussigné:
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M: <u>OL HAMIA AHMED</u>
Présente <u>HTA</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>cette</u>
Dont ci-joint l'ordonnance <u>Un ordonnance</u>
(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : valable 4 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Mahdi
TAL: 22 18 84 26 / 13 30 04 51

EL JAMAI, AHMED

ID:

0yr

Unknown

Comment:

05-Mar-2020 18:40:52

Vent rate: 57 BPM

PR int: 178 ms

QRS dur: 109 ms

QT/QTc: 419 / 413 ms

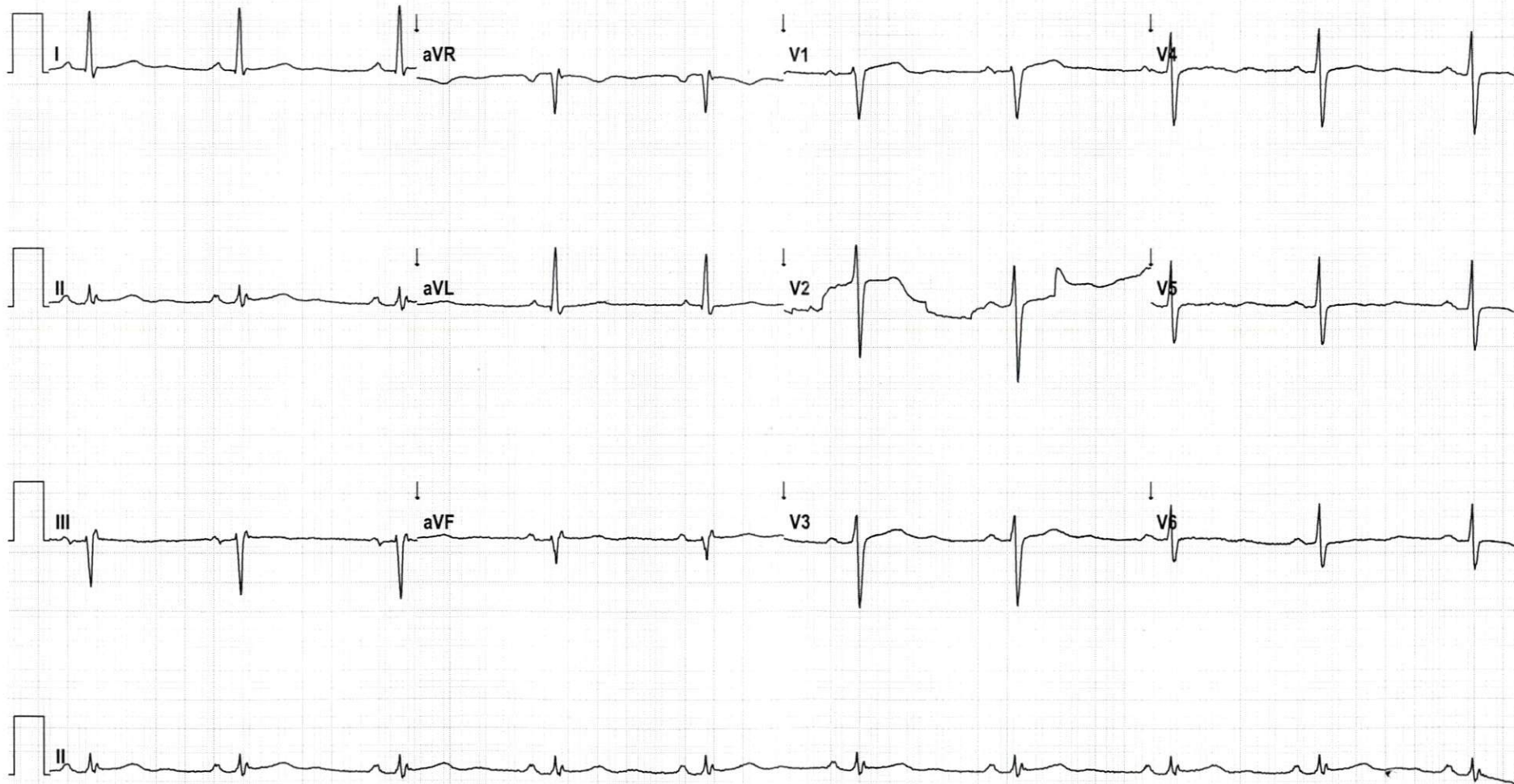
P-R-T axes: 27 -17 33

BRADYCARDIE SINUSALE

ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T

ECG ANORMAL

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 38804 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz