

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 canaux, 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 canaux.

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 Étage 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° W19-478227
ND: 53 802

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3552 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DUZINE DRISS

Date de naissance : 30/06/1943

Adresse : Hwy ESSALAMA 3 BLOC Cn°8
SIDOTHANE CASABLANCA

Tél : 06 613 22 34 Total des frais engagés : 2708,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Madrif - Casablanca

Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : DUZINE DRISS Age :

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

Nature de la maladie : CORONAROPATHIE

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-478227

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
06/10/20		2 K16	3000DH	INP : 09 80 00 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/20	2 108,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Mme Fouzine Driss

Casablanca le 6/10/2020.

248,00^{x2} / Leche de 20

98,10^{x4} / 1/ Colère et 5/5^{x2}

Ille

3mois 2/ Colère et 7/10^{x4}

278,00^{x4} / 89,00^{x4} / 3/ auto

5/ 80/120^{x3} / 4/ 120/80^{x3} / 5/ 120/80^{x3}

5/ 120/80^{x3} / 5/ 120/80^{x3}



sup 17

46, 50, 52

05

PHARMACIE BEN
Lepidylne

Dr. ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
23, Bd. Ibrahim Roudani
Madinat Casablanca



Case 2:08-cv-00023-20-740
2-10-21
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
118001 141104

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130265
COSYRE 5mg/5mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain seba Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 278,00 DH

MXGS0060

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
RPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH

1

6 118001 30269
COSYREL mg/5mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



5 118001 082018

UT.AV : 1 2 2 6 1 P.P.V. 8 9 2 0
LOT N° : 1 2 8 5 6 9 2 8 7 2

UT.AV : 03 2023 P.P.V. 89 20
LOT N° : 1288826 89,20

UT.AV : 03 29 29 P.P.V. 89 20
LOT N° : 1 88 82 6 89,20

UT.AV : 03 2023 P.P.V. 89,20
LOT N° : 1089086

LOT : 200179
UT AV: 01/2023
PPV: 57.80 DM

LOT : 200179
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT : 200179
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT:302
PER:JAN 2023
PPV:80 DH 00

PPC:46.00 BH
LOT: CBU0409
EXP:07/2022

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaï Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 178,00 DH
118001 082018

Copilavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V.: 278,00 DH
6 118001 082018

Ouzine, Driss

ID:

D-naiss

ans,

06-Oct-2020 15:57:35

Fréq. Card. 70 BPM

Int PR 181 ms

Dur.QRS 99 ms

QT/QTc 370/390 ms

Axes P-R-T 18 -27 -3

RYTHME SINUSAL

HVG ET MODIFICATIONS (ANOMALIES) DU SEGMENT ST [GRANDE ONDE R EN aVL OU V5, GRANDE ONDE S

EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1 ET SOUS DECALAGE DE ST EN V5/V6]

INFARCTUS INFÉRIEUR [ONDE Q DE NECROSE DE 40 ms EN D2/D3/aVF], D'ANCIENNETÉ INDETERMINEE

AVEC POSSIBILITE D'EXTENSION DANS LE TERRITOIRE POSTERIEUR [GRANDE ONDE R EN V1/V2]

ECG ANORMAL

INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE

Non confirmé

