

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 Alti 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° P19-0042015

ND: 18744

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 250 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABST FATIMA

Date de naissance : 01.01.1946

Adresse :

Tél : 06 51 98 60 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 770

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 : / /

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
22/01/20	ECC		3000hs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Bourgeois	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Houda BENSAD Pharmacien Rue Jaafar Ibn Habib - Bourgogne Casablanca - Tél: 022.49.28.79	22/01/20	351,00

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				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 :

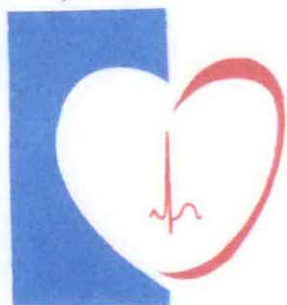
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES



Le 22/01/2020

باسم القاضي

Mme ABSI FATIMA

الكتور محمد بوزوباء
أمراض القلب والشرابين

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE

47,00 x 3

1/ XEDILOL 6.25



1 CP / J Matin

LOT N°: 1 2 6 8 4 1 1
UT. AV.: 0 9 2 1 P.P.V. 3 9 3 0

39,30 x 3

2/ ALDACTAZINE



1/2 CP / J Matin

LOT 190697 2
EXP 03 20 22
PPV 47 00

307,0 x 3

3/ KARDEGIC 75



1 CP

KARDEGIC 75MG SACHETS B30
P.P.V. : 30DH70
LOT : 196005
PER : 04 2021
KARDEGIC 75MG SACHETS B30
P.P.V. : 30DH70
LOT : 196004
PER : 04 2021
KARDEGIC 75MG SACHETS B30
P.P.V. : 30DH70
LOT : 196005
PER : 04 2021

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

352,0

Traitement de 3.... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques



PHARMACIE EDEN
Houda BENSALD
Pharmacien
13, Rue Jaafar Ibn Habib - Bourgogne
Casablanca - Tél.: 022.49.28.79

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE
13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)
Rés. Ilias, N°6 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

LOT 192153 2
EXP 09 20 22
PPV 47 00

LOT 192153 2
EXP 09 20 22
PPV 47 00

LOT N°: 1 2 6 8 4 1 1
UT. AV.: 0 9 2 1 P.P.V. 3 9 3 0

LOT N°: 1 2 6 8 4 1 1
UT. AV.: 0 9 2 1 P.P.V. 3 9 3 0

Résultats mesures:

QRS : ms
QT/QTcB : / ms
PQ : ms
P : ms
RR/PP : / ms
P/QRS/T : / / degrés
QTd/QTcBD : ms
Sokolow : mU
NK :

Interprétation:

rapport non confirmé .

