

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.

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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
 Responsable en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° M20- 0007590

59471

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KABAILLOU Bernada TAOUAD

Date de naissance : 13-02-56

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0629465965 Total des frais engagés : 2052 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2021

Nom et prénom du malade : Jaouad Kabailou Bernada Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie

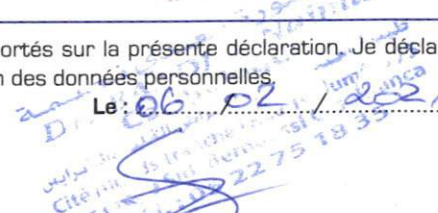
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 06/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
2/2021	G + RL		250	

[illegible]

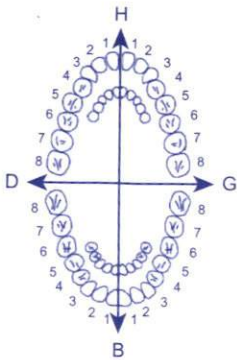
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

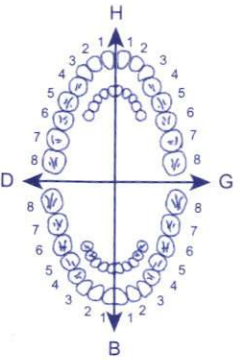
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION		
			FIN D'EXECUTION		

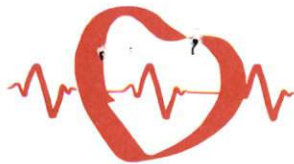
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table></div>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
			MONTANTS DES SOINS												
<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr. BAADDY Naima

Médecin spécialiste en Cardiologie
Lauréate de la faculté de médecine casablanca

Diplômée de la faculté de médecine bordeaux
Hypertension artérielle - Epreuve d'effort
Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Holter rythmique - Holter tensionnel



الدكتورة بعدي نعيمة

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء وبوردو وبفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب والشرابين بالصدى والدوبلير بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

06/02/2021

99,100x6=594,60 N° Jauad Kabailou - Berrada
12560x6 LD - No2 20 (6 mois)
=753,60 Bipreterax 5/1,25 1 - 0 - 0 (6 mois)
Kardigic 160 0 - 1 - 0 (6 mois)
35,70x6 2214,20 B: Soucard 5 1 - 0 - 0 (6 mois)
39,90x4=159,60
40,70x2 281,40
1800,80

الدكتورة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue
طبيبة اختصاص في أمراض القلب والشرابين
Cité Alqods Av Imam Chaffi, tranche 1 rue 16 N°75
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05 22 75 18 35

PHARMACIE LISSANE EDDINE
Dr. Aziza LISSANE EDDINE
69 Bis, Groupe Al Barid Hay Al Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél / Fax: 05 22 74 07 40

حي القدس شارع الإمام الشافعي تجزئة إي زنقة 16 رقم 75 الطابق 1 سيدي البرنوصي الدار البيضاء
Cité Alqods Av Imam Chaffi, tranche 1 rue 16 N°75 1er étage - Sidi Bernoussi - Casablanca

المستعجلات: 06 59 21 92 17 الهاتف: 05 22 75 18 35 Tél:

125,60
125,60
125,60
125,60
125,60

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER : 06/2022
20E020
2021
5004
2021
5010
2021
5010
2022
20E020
16/2022
5019
5/2022

P.P.V : 35DH70
P.P.V : 35DH70
P.P.V : 35DH70
P.P.V : 35DH70
P.P.V : 35DH70
P.P.V : 35DH70
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189
6 118001 081189
6 118001 081189
6 118001 081189
6 118001 081189
6 118001 081189
6 118001 081189

LOT : 200175
UT AV : 01/2023
PPV : 99,00DH
UT AV : 07/2023
PPV : 99,00DH
UT AV : 09/2023
PPV : 99,00DH
UT AV : 18/2023
PPV : 99,00DH
UT AV : 03/2023
PPV : 99,00DH
UT AV : 07/2023
PPV : 99,00DH

40,20
40,20

39,90
PPV : 39,90 DH
PPV : 39,90 DH
PPV : 39,90 DH

Name: jaouad kabailou
berrada

Cli No.:

Sex: Male

Age: 63Y

SN: 0006107

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 06/02/2021 11:02:21



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	399ms
Sample Time:	8s	QTc Interval:	428ms
HR:	69bpm	P Axis:	68.80°
P Interval:	182ms	QRS Axis:	-22.00°
QRS Interval:	89ms	T Axis:	-6.30°
T Interval:	203ms	RV5/SV1	1.44/0.88mV
PR Interval:	225ms	RV5+SV1	2.31mV

Prompt:

Total Beats 8 , Normal Beats 8 .
Middling Left axis deviation; I AV block; possible old inferior MI;

Doctor: