

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

- 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 - Tel : 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° W19-588071

6 0974

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1208 Société : RAD

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : AL NOUZANI BOUCHAIS

Date de naissance : 1946

Adresse : habituelle

Tél : 0604951371 Total des frais engagés : 536,00\$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FIKAL Najoua
CARDIOLOGUE
1er étage, N°158, Lotissement Zoubir
Oulta - Casablanca
Tel. urgence: 06 61 61 61 71

Date de consultation : 28/01 / 2021

Nom et prénom du malade : EL MOUZANI BOUCHAIS

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

Nature de la maladie : HTA + dyspnée chronique

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 : Casablanca Le : 28/01/2021

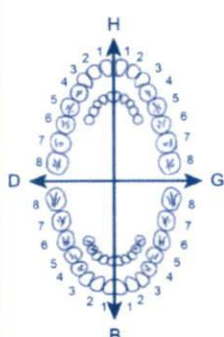
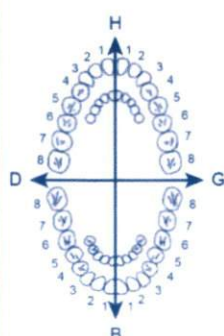
Signature de l'adhérent(e) :

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
28/01/2021	CS		34	Dr. FIKAL CARDIOLOGUE 1er étage, N°158, Lotissement Zoubi Oulfa - Casablanca Tél. urgence: 06 61 61 02 71
			4000,00	
	ECG			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/2021	136,00

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	

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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			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"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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																	

Dr. FIKAL Najoua

Cardiologue

- Ⓜ Ancien Médecin des Hôpitaux Savoie- LYON France
- Ⓜ Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd- Casablanca
- Ⓜ Diplômée d'Echocardiographie - BORDEAUX France
- Ⓜ Diplômée d'imagerie Vasculaire non Invasive - PARIS Descartes France



الدكتورة فكال نجوى

أخصائية أمراض القلب والشرائين

- Ⓜ طبيبة سابقة بمستشفى سافوا - ليون فرنسا
- Ⓜ طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء
- Ⓜ دبلوم فحص القلب بالموجي من جامعة بوردو - فرنسا
- Ⓜ دبلوم فحص الشرايين من جامعة باريس ديكاكارت - فرنسا

Casablanca, le :

28.01.2021

Ordonnance

Dr EL MOUZANI - Souchab

60,10

- Ferplex

2amp/1fr

16,10

- Ziofan

T = 136,10



(2mois)



PHARMACIE WILIAMMOULOYA
ZEKRI Aoudati
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bd Oued M. El Oulfa
Casablanca - Tel. 0522.90.51.13
MCE : 002291220000071

Dr. FIKAL Najoua
CARDIOLOGUE
1er étage - N°158 - Lotissement
Oulfa - Casablanca
Tel. urgence : 06.61.61.02.71



Ⓜ الطابق الأول ، إقامة رقم 158 ، شارع الزوبر (مصطفى سلمات) ، أمام مجموعة مدارس لاجوند الألفة - الدار البيضاء
1er étage, Lot N° 158, Boulevard Zoubir (Mustapha Selmat), en Face de G.S La Joconde EL oulfa
☎ 05.22.900.200 ☎ 06.61.61.02.71 ✉ fikal.najoua@gmail.com

AUTO 10mm/mV

10mm/mV

10mm/mV

I

aVL

V3

II

aVF

V4

III

V1

V5

aVR

V2

V6

25mm/s AC50Hz+DFT0.05Hz

FIKAL Najoua
CARDIOLOGUE
198, L'Esplanade Zouhair
El Habib
06 61 61 02 71

MANUAL 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

25mm/s AC50Hz+DFT0.03Hz

Dr. FIKAL NAJ
CARDIOLOGI
Quila - Casablanca
Tel. urgence: 06 61

MANUAL 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

25mm/s AC50Hz DET0.05Hz