

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 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

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 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 050867

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5229

Société :

R.A.M. 65389

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MORKANTY Abderrahim

Date de naissance :

30-06-1951

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0603055645

Total des frais engagés :

2272,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur KADI ANIS
CARDIOLOGUE
Iman Center Rue Arrachid Med Etg 711
(Angle Av des FAR) - CASABLANCA 20110
Tél: 05 22 31 53 48

Date de consultation :

22/02/2021

Nom et prénom du malade :

ESSAfi, HABKA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

22/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
22/02/21	E.C.G. + S		3500k	<p>Dr. KADI ANIS</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>Iman Center Rue Arrachid Med Etg 7 N°</p> <p>(Angle Av des FAR) - CASABLANCA 20110</p> <p>Tel: 05 22 31 53 48</p>
22/02/21	E.C.G. - Cœur		10000k	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>STE PHARMACIE ANASSA</p> <p>Lot. Hajr - Casablanca - Tél: 05 22 31 53 48</p>	22/02/21	922,20

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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			MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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'EX

Docteur Kadi Anis CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de
L'université d'État Lomonossov de Moscou

Ex-interne du Centre de Recherche
Cardiovasculaire Bakulev



Cabinet d'Explorations
Cardio-Vasculaire

Casablanca, Le

MME ESSAFI MALIKA

الدكتور قاضي أنيس
أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بجامعة

موسكو الحكومية

و الأوعية الدموية باكولف

خريج مركز أبحاث القلب

الدار البيضاء في

- Cosyrel 5mg/5mg
1 comprimé, matin, pendant 3 mois
- Kardegic 75 mg
1 dose, midi, au milieu du repas, pendant 3 mois
- Redlip 20 mg
1 comprimé, soir, pendant 3 mois
- Tardyferon 80 mg
1 comprimé, matin, soir, pendant 3
- D-cure 25000 ui
1 ampoule/SEMAINE, pendant 3 m

LOT : 21E002
PER.: 09 2022
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH71
6 118000

LOT : 21E002
PER.: 09 2022
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH71
6 118000

LOT : 21E002
PER.: 09 2022
PPV : 40.50 DH

6 118001 1030
Tardyferon®
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina

6 118001 1030
Tardyferon®
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PH.
41, Rue Mohamed Diouri - Ca
Pharmacien Responsable : Amina

6 118001 1030
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Docteur KADI ANIS
CARDIOLOGUE
Iman Center Rue Arrachid Mohamed, Étage 7^{ème}, N°2 (Angle Av. des Forces Armées Royale)
CASABLANCA 20110
Tél: 05 22 31 53 48

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

STEPHARMACIE HANZA
C.A. ANCA
Lots. Hajj Hassan, Rue N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

+212 5 22 31 53 48 URGENCE +212 6 61 41 57 72

IMAN CENTER Rue Arrachid Mohamed, Étage 7^{ème}, N°2 (Angle Av. des Forces Armées Royale)
CASABLANCA 20110
مركز إيمان زنقة الرشيد محمد (زاوية شارع الجيش الملكي) الطابق 7، رقم 2، الدار البيضاء

PPV: 56,30 DH
LOT: 20L15D
EXP: 12/2022

PPV: 56,30 DH
LOT: 20L15D
EXP: 12/2022

PPV: 56,30 DH
LOT: 20J27D
EXP: 10/2022

97,60

97,60

97,60

14010058
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14010058
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

0900SGXM
6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

Nom: Essafi
Prénom: Malika
ID: 02006
DDN: 06-Déc-1953
Age: 67ans
Sex: Female
Taille: 147 PAS: 137
Poids: 67 PAD: 62

22-Fév-2021 14:32:23

Fréq. Card. 58 BPM
Int PR 193 ms
Dur. QRS 85 ms
QT/QTc 401/397 ms
Axes P-R-T 68 64 85
RR moyen 1032ms
QTcB 394 ms
QTcF 396 ms

21

