ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

- e cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- e 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 ains 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.

macie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

tique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

- 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.

entaire :

- 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

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 - 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

Nº P19-0049597

77612

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Elou-ANI NAJAT Veuve KARITOUS

Date de naissance : 05/03/59

Adresse : Résidence El Wahda imm A1 AP 03 Bd M° V Berrechid

Tél. : 06 51 40 85 40 Total des frais engagés : .... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHADIRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
11, Bd Med V, 1° Etage, Bureau N°16 BERRECHID
Tél: 05.22.32.83.03

MUPRAS
M
R
09 JUIL. 2021
ACCUEIL
Z. AIT ALI

Date de consultation : ....../....../......

Nom et prénom du malade : .... Age: ......

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

Nature de la maladie : CMI

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/06/21	CS+ECG		≠250,00≠	Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD CARDIOLOGUE 11, Bd Med V, 1er Etage, Bureau N° ... BERRECHID Tél: 05.22.32.83.03 / 05 22 ...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ... Docteur Kadiri L. Zineb 22, bd Mohammed V - BERRECHID Téléphone : 022-53.36.05	08-06-21	1984,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

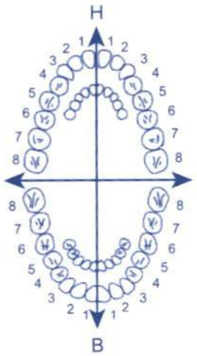
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bila

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient

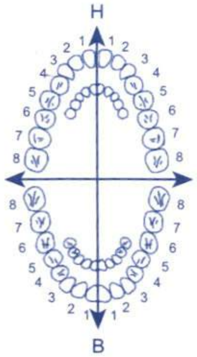
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

D			G
	25533412 00000000	21433552 00000000	
	00000000 35533411	00000000 11433553	

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue
Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid allemagne
Diplômé en Echographie Doppler de l'université Bordeaux II

د. خضر محمد فؤاد
أخصائي أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا
حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

ORDONNANCE

Berrechid, le : ....
Berrechid le : **08 juin 2021**

Mme EL OUJANI NAJAT

186,80 1/ REGIME PAUVRE EN SEL

×3 2/ CO-VARTEX 160/25 MG
1 Cp/J matin à jeun

65,70
×2 3/ BIPROL 10 MG
1 Cp/J à midi

270,00
×3 4/ COPLAVIX 75/100MG
1 Cp/J à midi

157,10
5/ NOLIP 10MG
1Cp/J le soir

139,00
×2 6/ INESO 20MG
1gel/J le soir

49,40
7/ CALCINIB 5 MG
1 Cp/J le soir

1984,80

S.V
S.V
S.V
S.V
S.V
S.V
S.V

Traitement pendant : 3 Mois

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri Zineb
22, bd Mohamed V - BERRECHID
Téléphone 022.53.36.05

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
11 - Bd Med V, 1er Etage, Bureau N°1 - BERRECHID
Tél:05.22 32.83.03-05.22.32.83.33

186,30

186,30

186,30

Co-Vartex® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP
6 118000 023050

Co-Vartex® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP
6 118000 023050

Co-Vartex® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP
6 118000 023050

65,70

BIPROL® 10mg ○
30 Comprimés pelliculés
sécables
6 118001 200825

65,70

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
118001 082018

Lot :/Batch: AA229
Fab. :/Mfg: 08/20
EXP.: 07/2022

AA245
11/20
10/2022

AA245
11/20
10/2022

○ **NOLIP® 10 mg**
30 comprimés
pelliculés
6 118000 0720

157,10

Lot n° :
EXP :
PPV :

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

ale

LOT:M0393
PER:07/2022
PPU:139,00 DH

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

LOT:M0465
PER:01/2023
PPU:139,00 DH

CALCINIB 5 mg 28 comprimés ○
6 118000 050506

LOT:086
PER:FEV 2024
PPV:49 DH 40