

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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

N° P19- 051131

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10295 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUB BOU AZZA

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : Bloc N° 7 Haydemia

Tél. 0662394825 Total des frais engagés : 4530,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHAOUB BOU AZZA Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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 : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Dr. Mohamed SAADAOUI
Cardiologue Interventionnel
Institut de Cardiologie et d'Angéiologie
728, Bd Mohammed VI - Casablanca
Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/10/2020 | C8 + FCG | | 300,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



25
10
2020

4230,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

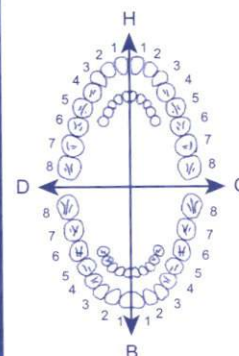
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|---|----------|
| | H | |
| 25533412 | | 21433552 |
| 00000000 | | 00000000 |
| D | | G |
| 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | | 11433553 |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)

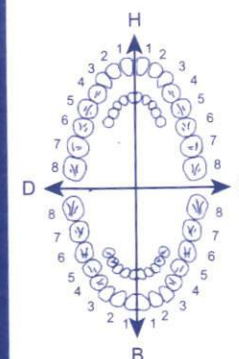
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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



CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE
CARDIOLOGIE INVASIVE
CONGENITALE ET
PEDIATRIQUE

RADIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

RYTHMOLOGIE

STIMULATION
CARDIAQUE

EXPLORATIONS
NON INVASIVES

- Echo-Doppler cardiaque
- Echo-Doppler vasculaire
- Echographie de stress
- Echocardiographie transoesophagienne
- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort

SECRÉTARIAT&PRISE DE
RENDEZ VOUS

• Tél.: 05.22.80.00.00 (L.G.)

ADMINISTRATION

8h - 17h
06 62 15 45 04

• Garde de salle de
catheterisme 24/24
06 62 17 20 65

• Infirmiere de garde 24/24
06 62 48 23 97

• Tél.: 05.22.85.14.14
• Fax.: 05.22.82.16.12
• Adresse Electronique:
cardiokt@gmail.com

URGENCES 24h/24:
05 22 80 00 00

معهد أمراض القلب و الشرايين

Institut de Cardiologie et d'Angéiologie



25 juin 2020

CHAOUB BOUAZZA

278,00^{x3}

COPLAVIX 75 MG /100 MG

1CP PAR JOUR

159,90^{x3}

TAHOR 40MG

1 comprimé soir

54,10^{x3}

CARDENSIEL 2.5 MG

1CP PAR JOUR

862,00^{x3}

UPERIO 200MG

1 comprimé X2 par jour

28,00^{x6}

GLUCOPHAGE 1000 MG 30 CPS 6 boît

1 comprimé Matin et 1 Soir

Traitement pendant : 3 Mois

T= 4230,00

Dr. Mohamed SAADAOUTI
Institut de Cardiologie Interventionnel
28, Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tél.: 0522.80.00.00 - Fax : 0522.82.16.12

Clinique Dar Salam, 728 bd. Modibo Keita, 20 100 Casablanca, مملكة المغربية، الدار البيضاء، 728 شارع موديبو كيتا

Tél.: 05 22 80 00 00 (L.G.) • Tél.: 05 22 85 14 14 • Fax: 05 22 85 16 12 • E-mail: cardiokt@gmail.com
• IF: 1088015 • Patente: 36350001 • ICE: 001699719000033 • Compte: 129V000341 / AWB.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH

5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH

5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH

5 118001 082018

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
pfizer S.A.



6 118001 170791

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
pfizer S.A.



6 118001 170791

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
pfizer S.A.



6 118001 170791

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238



6 118001 100859

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 862 DH



6 118001 031733

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 862 DH



6 118001 031733

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 862 DH



6 118001 031733

28,00
Glucophage® 1000mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00
Glucophage® 1000mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

18,00
Glucophage® 1000mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00
Glucophage® 1000mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00
Glucophage® 1000mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00
Glucophage® 1000mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 081333