

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

bchahid@yahoo.fr

Déclaration de Maladie

N° M21- 046424

73586

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3102 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAHID BASIDI
Date de naissance : 01-01-1946
Adresse : 216 LOT. MOUTAWAKIL DAR BOU AZZA
Casablanca
Tél : 0673551862 Total des frais engagés : 997,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SOUALY.M
Cardiologue
Angle Rte. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahman
ma. Communal N°10 - 1er Etage H. Hassa
Casablanca - Tél : 0522 91 31 38

Date de consultation : 26 AOUT 2021
Nom et prénom du malade : CHAHID BASIDI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, DEN, neuropathie
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) :

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
26 AOÛT 2020		+2 en	25000	<p>الدكتور اسوالح</p> <p>Docteur SOUALY . M</p> <p>Cardiologue</p> <p>10, Rue d'Alger - 10, Etage H. Hassane</p> <p>Communal N°10 - 10, Etage H. Hassane</p> <p>Algérie - Tél : 0522 91 31 30</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Soud BOUZIANE WARTINI
 PHARMACIEN OUMRANE
 LAHLALFA DAR KOUCH
 Tél : 021 - 96 - 52 - 54
 GSM : 061 - 86 - 02 - 19

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 :

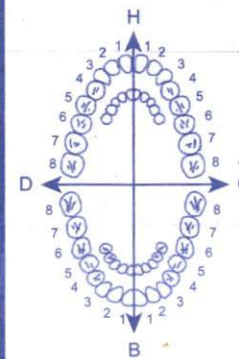
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'...

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 00000000 G 00000000
 35533411 11433553
 B

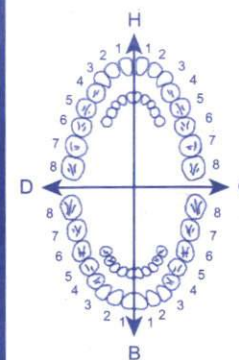
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[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'EXECUTION

Docteur M. SOUALY Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



Echo - doppler Cardiaque - Holter TA -

LOT: 026
PER: AVR 2023
PPV: 129 DH 00

LOT: 035
PER: AVR 2024
PPV: 129 DH 00

Casablanca, le

26 AOUT 2021

M. CHAHID BOSSANI

$$129,00 \times 4 = 516,00$$

Σ RPHI

$$27,70 \times 3 = 83,10$$

Cardospirine

$$49,40 \times 2 = 98,80$$

Amep 5mg

Traitement de base

49,60

Σ CURG 800 mg

747,10



Cardospirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Dr. M. SOUALY
Docteur SOUALY
Cardiologue

PPV: 49,60 DH
LOT: 21F22
EXP: 06/2024



PHARMACIE AL BOUMRANE
DAR BOUMRANE
Tél: 022 91 31 38 - 02. 19

elhadi Boualeb & Bd. Sidi Abderrahm

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - C

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61

AMEP® 5mg
28 comprimés



AMEP® 5mg
28 comprimés



Nom: CHAHID BASIDI

Date de naissance: 01/01/1946

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 865N°3.

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 26/08/2021 09:03:26

1/1

