

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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- 0037814

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

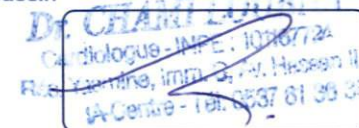
Date de naissance : 1-7-81

Adresse : 10, Allal Ben Abdellah Boueja Tenua

Tél. : 66925927 Total des frais engagés : 2760,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/09/22

Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : ALA - ACFA

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 : Tenua Le 22/09/22

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
20/09/21	CS	300MAS		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

20/09/21 276000
NPE 102019890

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

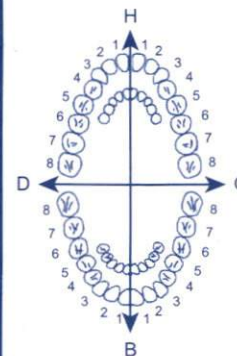
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

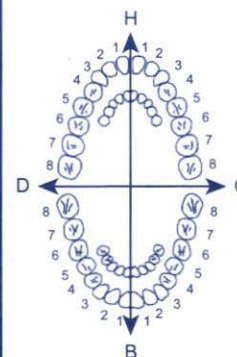
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدركتور لبنى شامي

ن. علوي

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

(للكبار والأطفال)

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط

كشف بالصدى ، تخطيط القلب 24 ساعة ،

قياس الضغط 24 ساعة ، فحص المجهود .

le20/09/2021.....

MME EL HANI FATIMA

• **Xarelto 20 mg**

1 , midi, pendant 3 mois

• **Diprezar 50 mg / 12.5 mg**

1 comprimé, matin, pendant 3 mois

• **Cronodine Ip 240 mg**

1 gélule, soir, pendant 3 mois

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.

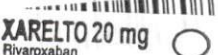


XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

PPV 126DH00

PER 03 / 24

LOT K657

LOT: 20076
PER: 03/2023
PPU: 165,00 DH

Dr. CHAMI LOUBNA
Cardiologue - INPE - JAMANA II
Rd, JAMANA II, Imm C, 1er étage
Av Hassan II - Tel: 0537 61 36 36

PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Youssef LAHLOU
33, Lot Masrour, Témara
Tel/Fax: 05 37 74 11 63

LOT: 21071
PER: 05/2023
PPU: 165,00 DH

LOT: 21071
PER: 05/2023
PPU: 165,00 DH

PPV 126DH00
PER 03 / 24
LOT K656

إقامة ياسمين، عمارة C ، رقم 48 الطابق الاول، شارع الحسن الثاني ، تمارة المركز (قرب البنك العقاري السياحي)

Résidence Yasmina, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 101167724 - IF : 14453885

ICE : 001775143000003 - Tél : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr



PHARMACIE DU CONSEIL

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Youssef LAHLOU
Pharmacien
33, Lot Masrour, Témara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63

INPE
102019890

Facture N° 20210920-414

Date de vente : 20/09/2021
Médecin traitant :

Mme EL HANI FATIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DIPREZAR CO 50MG/12.5MG B30 COMP	3	126,00	Exonéré (0.00%)	378,00
XARELTO CO 20MG B28 COMP	3	629,00	Exonéré (0.00%)	1 887,00
CRONODINE CO 240MG B30 GELULES	3	165,00	Exonéré (0.00%)	495,00

Total HT	2 760,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	2 760,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille sept cent soixante DHS

PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Youssef LAHLOU
Pharmacien
33, Lot Masrour, Témara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63

INPE
102019890

☒ **valable 3 mois**

Le 20/09/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. CHANTALLOU
Cardiologue - INFE : 101167724
Rte. Yacine, imm. G, Av. Hassan II
Casablanca - Tel: 0522 01 35 35

Certifie que Mlle, Mme, M. :

EL HANI FATIMA.

Présente

HTA + Arythmie par fibrillation atriale.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée. (3 mois renouvelables)

Dont ci-joint ordonnance :

voir ordonnance.

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. CHANTALLOU
Cardiologue - INFE : 101167724
Rte. Yacine, imm. G, Av. Hassan II
Casablanca - Tel: 0522 01 35 35

ECG

Nom : el hani fatima

Sex : Female

Age :

Clinique N :

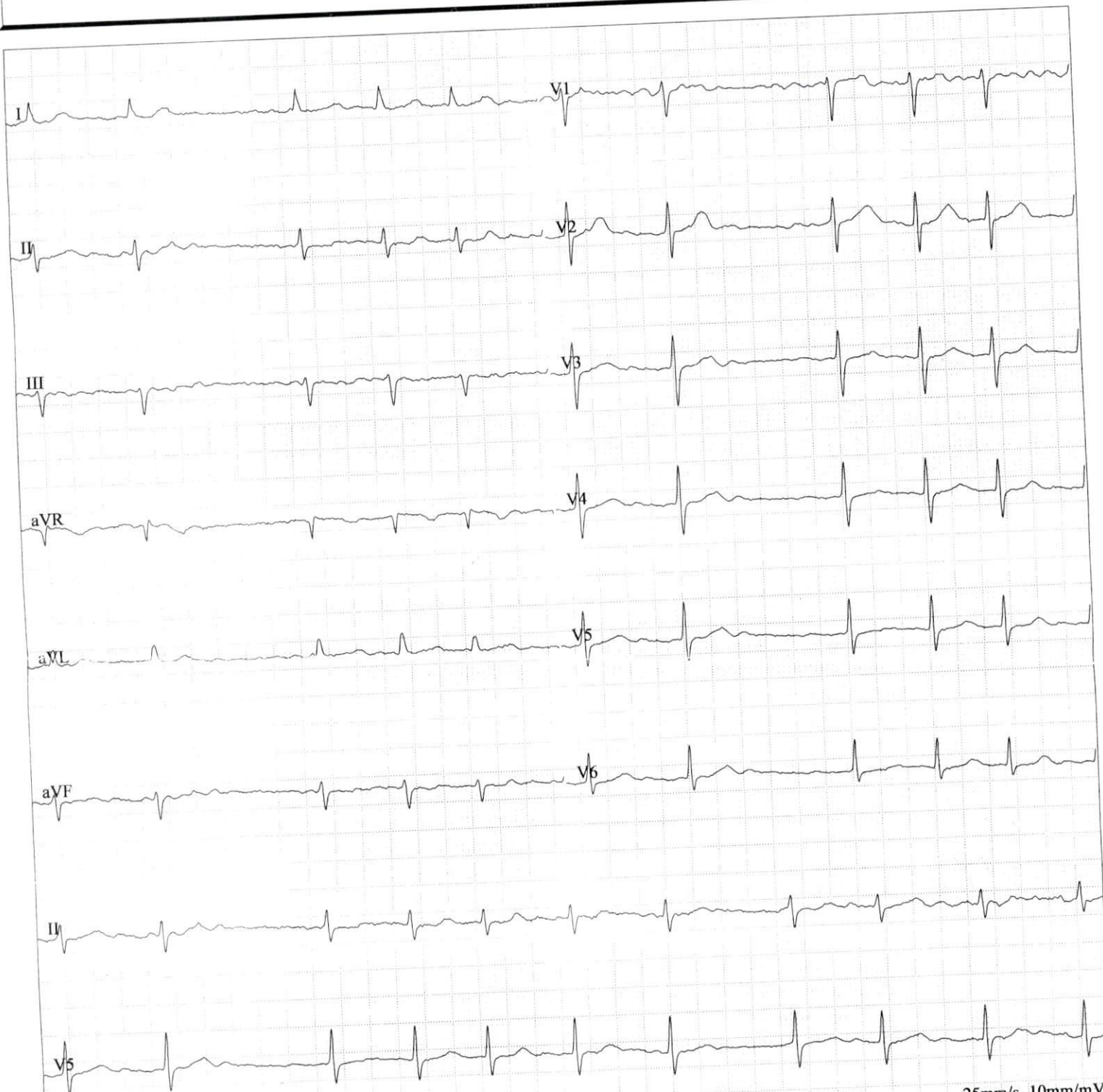
Section :

SN : 0010580

Case No. :

Lit No. :

Date : 20/09/2021 11:9:54



25mm/s 10mm/mV

00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	31s	QT Interval:	384 ms
FC:	81bpm	QTc Interval:	446 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	88 ms	QRS Axis:	-34.10°b
T Interval:	209 ms	T Axis:	23.30°b

Prompt:

Signature Medecin :

Dr. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort.



الدكتورة لبنى شامي
ن. علوي

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
(للكبار والأطفال)

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط
كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،
قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

ELECTROCARDIOGRAMME

- ECG -

Nom : EL HANI FATIMA.

Date : 20 - 09 - 2021

إقامة ياسمينية، عمارة C، رقم 48 الطابق الاول، شارع الحسن الثاني، تمارة المركز (قرب البنك العقاري السياحي)

Résidence Yasmina, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 101167724 - IF : 14453885

ICE : 001775143000003 - Tél : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr