

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

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 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

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- 0044465/2045

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2045 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LARAKI - FATIMA

Date de naissance : 10/18/55

Adresse : 300 Mohamed El Massar, Box Sadaf

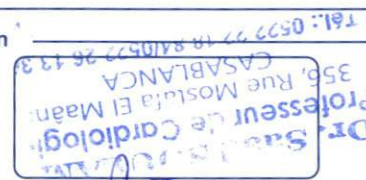
13, Casablanca

Tél. : 06 20 549 384 Total des frais engagés : 12 98,70 Dhs

06 782 82 83

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2021

Nom et prénom du malade : LARAKI FATIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA & Dyslipidémie

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 : 10/11/2021

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
10/12/21	S + 16	300 000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Avenue du Pharo - Résidence Ighazoul Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67	10/12/21	39870

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

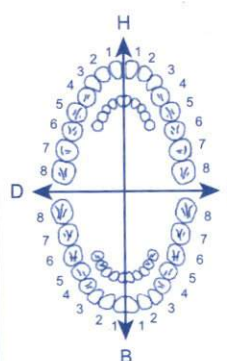
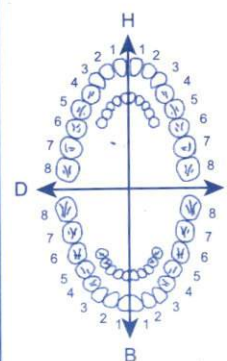
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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																	
	<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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				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 Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان



Patient :

Casablanca, le

10 NOV. 2021

Traitement de :
Trois (03) Mois

Traitement de :
Trois (03) Mois

Traitement de :
Trois (03) Mois

PHARMACIE ALHJAJMA
Nadia ZEMMARA
Avenue du Pharo Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 677

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



(قرب زنقة آغادير) - الدار البيضاء

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
Rue Mostafa El Maâni
356 - 2020 - 13 36 - CASA

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 73 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

MicardisPlus® 80 mg/12,5 mg

ميكارديس بلوس® 80 ملغ / 12,5 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالمقادير الموصوفة



6 118001 040254

MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 200 DH 00

72279-03

MicardisPlus® 80 mg/12,5 mg

ميكارديس بلوس® 80 ملغ / 12,5 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالمقادير الموصوفة



6 118001 040254

MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 200 DH 00

72279-03

MicardisPlus® 80 mg/12,5 mg

ميكارديس بلوس® 80 ملغ / 12,5 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالمقادير الموصوفة



6 118001 040254

MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 200 DH 00

72279-03

Rosuvastatin[®] SUN



Rosuvastatine



SUN
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Rosuvastatin[®] SUN



Rosuvastatine



SUN
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

LARAKI, FATIMA

ID:

D-naiss:

0ans,

10-Nov-2021 04:58:29

Fréq.Card: 52 BPM

Int PR: 181 ms

Dur.QRS: 80 ms

QT/QTc: 453 / 434 ms

Axes P-R-T: 77 69 -36

Moy RR: 1136 ms

QTcB: 425 ms

QTcF: 434 ms

BRADYCARDIE SINUSALE AVEC DE RARES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES
TROUBLE DE LA REPOLARISATION SUSPECT D'UNE ISCHEMIE INFERIEURE (T NEGATIVE DE 0,1+ MV
D2/D3/AVF)
ECG ANORMAL

Non confirmé

