

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.

Educations :

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

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- 046081

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : L723

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HADDIoui ABDELHAIK

Date de naissance : 09/05/1959

Adresse : 44 RUE 1 ETAGE 2 LOI NASROU LAH

Tél. : 0668448738

Total des frais engagés :

1702,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2021

Nom et prénom du malade : HALIMA LACHKAR

Age : 61

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : BERRECHID

Le : 07/12/2021

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
04/12/12	C.S.E.C.	2	50,00	Dr. KHADRE MOHAMED ELHADJ CARDIOLOGUE 11 - Bd Méd V.V. Etage Bureau N°16 BERRECH Tel: 06.27.32.83.03-05.22.32.43.27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. KHADRE MOHAMED ELHADJ 11 - Bd Méd V.V. Etage Bureau N°16 BERRECH Tel: 06.27.32.83.03-05.22.32.43.27	04/12/12	14 52,70

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 canalaires, 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
				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. KHADRE MOHAMED FOUD

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 Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصحة من جامعة بورجو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : **04 décembre 2021**

Mme LACHKAR HALIMA

REGIME PAUVRE EN SEL

CO-ICARD 150/12.5 MG

1 Cp/J matin à jeun

SERDEP 20MG

1Cp/j le matin

NEBILET 5MG

1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

ASKARDIL 75MG

1Cp/J à midi après repas

BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

ZYLAX 400MG

1 Cp/J matin pdt 7 jours

Traitement pendant : 3 Mois

145270

Ph. le grand boulevard
Date: 06/12/21
439

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11 - Bd Médical
Tel: 05 22 32 83 03

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensibles

PPV 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 7

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensibles

PPV 22DH40
EXP 06/2023
LOT 16012 2

LOT : 210476
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 210476
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

DR. IMANE ZINER
Site Pharmacie Le Grand Boudou
Lot 345 Lot Nasserli - Boudou
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036

163,20
LOT : 210476
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

163,20
LOT : 210476
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

163,20
LOT : 210476
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

فلوكساسين 400 مل

LOT: H0497
PER: 07/2023
PPV: 195,20DH

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

DR. IMANE ZINER
Site Pharmacie Le Grand Boudou
Lot 345 Lot Nasserli - Boudou
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

Nom : La... alima

Sex: Female Lit No:

Age: 61Y Date: 04/12/2021 09:42:35

SN: 0010690 Section:

Cli No.: Case No.:

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	122 ms
Temps d'écha	49s	QT Interval:	477 ms
FC:	79bpm	QTc Interval:	547 ms
P Interval:	88ms	P Axis:	62.00°
QRS Interval:	87 ms	QRS Axis:	44.40°
T Interval:	307 ms	T Axis:	33.50°

Prompt:

Dr. KHADRE
CAR
11 - Bd Med
Tel: 05 72 33 33 33
JAD
2021/12/04
13

Docteur:

