

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.

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.

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- 0012654

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8046 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Rokbi SAÏD Date de naissance : 20/10/69

Adresse : RAM

Tél. : 0677 44580 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/02/2012

Nom et prénom du malade : ADDAKIRI Ep Rokbi Radida Age :

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

Nature de la maladie : 2 colBete mitrale

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10.02.22 | Echographie | | 800,00 |  |
| | Cardiologie | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 10/02/22 | 96,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

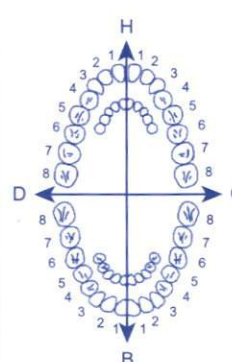
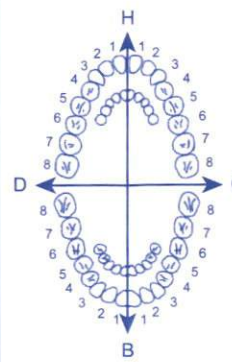
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue



6 118001 040117
DIGOXINE 0.25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

DIGOXINE 0.25mg 1CP/J LE MATIN

CARDENSIEL 5mg 1/2CPX2/J

SINTROM 4mg 1/2CP/J LE SOIR 0 PARTIR DU 11/02/2022

MALTOFER 1CPX2/J

REGIME PEU SALE

QSP 1 MOIS

Ordonnance

le ADDAKIRI EP ROKRI BACHINA



6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

96,60



Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue - Cardiologie Interventionnelle
120, Bd Moulay Idriss 1er - 2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 75
ICE : 001625537000091

Docteur Hind EL FILALI

PPV :
Exp :
N° Lot :

38,50

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00





Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque
Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرابيين

10/02/2022

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد
إعادة التأهيل القلبي

Date : 10/02/2022

à : Mme ADDAKIRI EP ROKBI RACHIDA

Acte :

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE TRANS-THORACIQUE: 800.000 MAD

Montant :

HUIT CENTS DIRHAMS

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Boulevard Moulay Idriss 1er - Résidence Moulay Idriss
2ème étage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 05 22 86 20 74 Fax: 05 22 86 20 73
ICE: 001625537000091

Docteur Hind EL FILALI



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle

Diplômée de la Faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

10/02/2022

Mme ADDAKIRI RACHIDA

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE TRANS-THORACIQUE

- Fraction d'éjection du ventricule gauche normale au Simpson biplan à 65%
- Absence de trouble de la cinétique segmentaire
- Absence d'HVG
- Profil mitral ininterprétable, patiente en fibrillation auriculaire
- Absence de valvulopathie aortique
- **Prothèse mécanique en position mitrale de bon fonctionnement. Gradient moyen à 7mmHg. Absence de fuite mitrale**
- **Dilatation de l'oreillette gauche à 40 cm²**
- Cavités droites non dilatées avec bonne fonction VD. Absence d'IT exploitable
- Péricarde sec
- Aorte thoracique de taille normale
- VCI de taille normale et compliant

Dr Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
Résidence Moulay Idriss
Casablanca
Tél: 05 22 86 20 74
Fax: 05 22 86 20 76
Urgences: 06 36 13 68 01
E-mail: hindelfilali@hotmail.com
INPE: 091169466