

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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° M21- 062543

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0444 / Société : MAGIE.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIABE Driss

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : Dar - Salam - Rue J. F. Kennedy 3 N° 7

A.S. - Casablanca

Tél. : 06 11 12 04 45 / Total des frais engagés : 1586 / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 17 / 03 / 2022

Nom et prénom du malade : DIABE Zohra / Age : 71 Ans

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

Nature de la maladie : HTA

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 : Casa / Le : 13 / 04 / 2022

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
17-03-2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KASAS D. D. KASAS 17-03-2022	17/03/2022	12.860,00

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G	
	B		
			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

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

PHARMACIE IKHLAS
Dr. Mohamed N. BENNARI
136, Rue Bin El Quannane,
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 05 22 60 07 19

Madame DIAB Zohra

Casablanca le 17/03/2022

1- ZYLORIC 100:
CP PAR JOUR SANS ARRET

2- EXFORGEHCT5 MG/160 MG:12.5 M
1 PAR JOUR SANS ARRET

3- ATENOR 100 MG:
1CP PAR JOUR LE MATIN SANS

N/C

6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH



71,00
71,00

R 3 mois

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05 22.47 26.89

1286,00

Nom: DIAB ZOHRA
Numéro: DIAB ZOHRA
M ou Mme: Féminin
Né le: (-)

P / PQ: 125 ms / 197 ms
QRS: 101 ms
QT/QTc/QTd: 450 ms / 440 ms / -
Axe P/QRS/T: 56° / -15° / 56°
Rythme cardiaq 54 bpm

Enregistré: 17/03/2022 15:08:47
Enregistré par:
Médecin de référence
Médecin prescripteur :
Médecin traitant :
Endroit:
Commentaire:

INTERPRETATION NON CONFIRMÉE

TA = 125 / 63

