

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.

Educateur :

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

M22- N° 001628

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8313

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SERIR KAMAL

Date de naissance : 15/05/1967

Adresse : 14 RUE ISHAK IBRAHIMIANE QU: BERGE
Ap. 507 2ème Etage CASABLANCA Bd YACOUB ELMANSOND

Tél. : 0662801434

Total des frais engagés : 1250,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. HIND EL FILALADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. Myliris 10e Résidence Myliris
2ème Etage - CASABLANCA
Tél: 0522 85 20 74 - Fax: 0522 85 20 78
ICE : 00102333

Date de consultation : 08/04/2022

Nom et prénom du malade : SERIR Kamal

Age : 54 ANS

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension Artérielle

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 13/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

08.04.22	C ₅		300,00	Dr. Hinz Cardiologue Interne 23me Etage - 1074 - CASABLANCA Tél: 0522 88 70 74 - Fax: 0522 88 70 75 ICE : 0016255370000
----------	----------------	--	--------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08.04.2022	950,40

68.04.2022 950,40

[illegible]

Figure 1

[illegible]

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

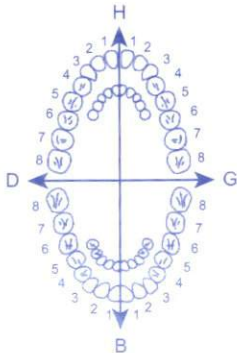
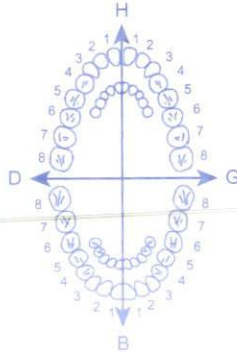
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <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> </div>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

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><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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 L'EXECUT



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echocardiographie

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرابيين
أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرابيين
خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد
إعادة التأهيل القلبي

PPV 149DH7
PER 10/24
LOT 82693

SERIR KAMAL

DIPREZAR FORT 100 mg / 25 mg Comprimé pelliculé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MATIN

CALCINIB 5 mg Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

TENORMINE 100 mg , Comprimé pelliculé sécable

1/2 comprimé par jour , pendant 3 Mois
LE MATIN

ZYLORIC 200mg Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MIDI

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

REGIME PEU SALE

6 118001 090280

CARDIOASPIRINE

100mg

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

6 118001 090280

Respecter les doses prescrites

Moulay Idriss 1er. Résidence Moulay Idriss. 2ème

74 Fax: 05 22 86 20 76

Urgences: 06 36 13 68 01

E-mail: hind.filali@hotmail.com
INPE: 091169466

5178160

T.P: 36331592

ICE: 001625537000091

CALCINIB 5 mg 28 comprimés



6 118000 050506

CALCINIB 5 mg 28 comprimés



6 118000 050506

Pharmacie
Dr. Meryem RY
Perles de No
Tél: 09 22 22 22

Maohar
Bd Akimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenormine 100mg cp pel
b28
P.P.V : 58,70 DH

6 118000 011500

LOT: 21E004U
PER: 09 2024

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



6 118000 011590

LOT 212262
EXP 09 2025
PPV 31.30

LOT 212958
EXP 11 2025
PPV 31.30

LOT 212262
EXP 09 2025
PPV 31.30

PFV 149DH70
PER 11/24
LOT 13334

149,70

PFV 149DH70
PER 11/24
LOT 13334

149,70



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue 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

08/04/2022

NOTE D'HONORAIRE

Patient : SERIR KAMAL

Consultation + ECG = 300.00 MAD

Arrêtée la présence facture à la somme de trois cents dirhams

DR HIND EL FILALI ADIB

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76
ICE : 001625537000091

SERIR ,KAMAL

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

08/04/2022 11:16:18

FC: 78 BPM
Int PR: --- ms
Durée QRS: 96 ms
QT/QTc: 402/435 ms
Axes P-R-T: --- 7 31
RR Moy: 764 ms
QTcB: 459 ms
QTcF: 439 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind T. HALLAB
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. du Maréchal Foch - 91 CASABLANCA
Tél: 05 22 86 20 74 - Fax: 05 22 86 20 79
RGZ: 1 001025031000047

Signé par:

Date:

