

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.

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 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

M22- N° 003806

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HANI Fatima
Date de naissance : 01-07-1951
Adresse : 178 Hay Abbaoui Boudia
EDDHARD Temara
Tél. : 066191527 Total des frais engagés : 3531,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

CENTRE DE CARDIOLOGIE
Dr. CHAMI LOUBNA
Rés. Témara Mail 2, Im. A2, N°2
Av. Hassan II - Témara
Tél : 05 27 61 36 36 / 06 64 29 31 82
Cachet du médecin :
Date de consultation : 06/06/22
Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA Age : 71 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + ACEA
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Arthrose
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 : Témara Le : 6/6/22
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
06/06/22	CS		3000 HT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CONSEIL Dr. Youssef LAHLOU Pharmacien 33, Lot Masrour, Témara Tél/Fax: 05 37 74 11 63 102019830	06/06/2022	3231,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

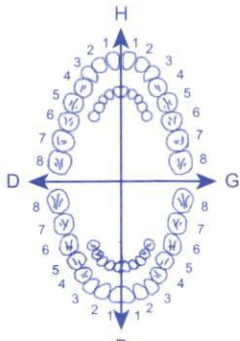
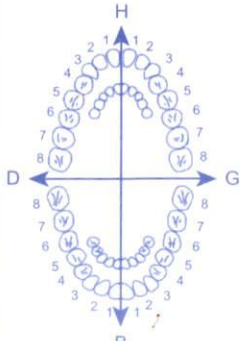
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				CCEFFICIENT 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. Loubna CHAMI (Ep. Alaoui)

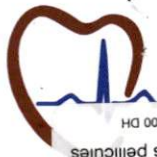
Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Adultes et enfants

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبنى شامي (د. علوي)

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

Le :

06/06/2022

MME EL HANI FATIMA

• Xarelto 20 mg

1, midi, pendant 3 mois

• Fibrocard Ip 240 mg

1 gélule, soir, pendant 3 mois

• Cotareg 160/12.5mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

• Inexium 20 mg

1 comprimé, matin, avant les repas, pendant 3 m

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubet bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubet bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubet bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubet bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubet bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubet bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 629,00 DH

Bayer S.A.

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 629,00 DH

Bayer S.A.

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 629,00 DH

Bayer S.A.

6-118001 090808

INPE : 101

المكتب 2 - الطابق الأول تمارة المر

residence Temara Mall 2, Avenue Hassan

2, Bureau 2 - 1er Etage Témara Centre

E-mail : loubnachami@yahoo.fr - Tél : 05 37 61 36 36 - - GSM : 06 64 29 31 82

CENTRE DE CARDIOLOGIE
Dr. CHAMI LOUBNA
Rés. Témara Mall 2, Im. A2, N°2
Av. Hassan - Témara
Tél : 05 37 61 36 36

rocard

ORATE DE VER

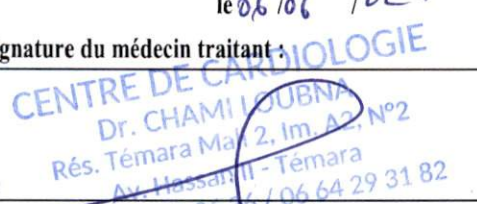
LOT 21D29 1
EXP 04 2025
PPV 81.00 DH

LOT 21D29 1
EXP 04 2025
PPV 81.00 DH

card 240 mg

LOT 21D29 1
EXP 04 2025
PPV 81.00 DH

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	EL HANI FATIMA.
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Rés. Témara M. Spécialité : A2, N°2
N° ICE : 001775143000003	N° INPE : 10167724
Certifie que Mlle, Mme, M. :	EL HANI FATIMA.
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA + ACFA (voir ECG).	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : cf ordonnance.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 06/06/2012.
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Dr CHAMI Loubna

ECG

Nom : el hani fatima

Sex : Female

Age :

Clinique N :

Section :

SN : 0012110

Case No. :

Lit No. :

Date : 06/06/2022 12:20:28



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	33s	QT Interval:	426 ms
FC:	69bpm	QTc Interval:	458 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	-28.10°b
T Interval:	253 ms	T Axis:	13.00°b

Prompt:

Signature Medecin :