

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 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

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 ND 109035

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HANI FATIMA

Date de naissance : 01 - 07 - 1951

Adresse : 128 Haef Abboudi Bredia

el ENDAHAD Témara 4

Tél. : 06 61 5927 Total des frais engagés : 3531.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

CENTRE DE CARDIOLOGIE

Dr. CHAMI LOUBNA
Rés. Témara Mall 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 / 2012

Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA Age : 37 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA + ACEFA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Anythme

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 : 06 / 06 / 2012

Signature de l'adhérent(e) : 11/7

RELEVE 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
06/06/2022	CG.		3000 DHS	CENTRE DE CARDIOLOGIE CHAMI LOUBNA Dr Hassan II Av. Hassan II Bab Ezzouar 102019890 Tél: 022 36 36 / 0664 29 31 82

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 102019890	06/06/2022	323160

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000	G		21433552 00000000
	D	00000000 35533411	B		00000000 11433553
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	

Dr. Loubna CHAMI (Ep. Alaoui)

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Adultes et enfants

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echocardiogramme, Holter ECG

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبنى شامي (ز. علوى)

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشريانين

Le :

06/06/2022

MME EL HANI FATIMA

62900^{a3}

- Xarelto 20 mg
1 , midi, pendant 3 mois

81,00^{a3}

- Fibrocard Ip 240 mg
1 gélule, soir, pendant 3 mois

203,00^{a3}

- Cotareg 160/12.5mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

82,10^{a6}

- Inexium 20 mg
1 comprimé, matin, avant les repas, pendant 3 mois

3231,60

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

Rivoroxaban

28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



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	
CENTRE DE CARDIOLOGIE Dr. CHAMI LOUBNA Rés. Témara Mai 2, Im. A2, N°2 Av. Hassan II - Témara Tel: 05 37 61 36 36 / 06 64 29 31 82	
Je soussigne :	
Nº ICE : 001775143000003 Nº INPE : 101167724	
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 06/06/2011.	
Cachet et signature du médecin traitant :	
CENTRE DE CARDIOLOGIE Dr. CHAMI LOUBNA Rés. Témara Mai 2, Im. A2, N°2 Av. Hassan II - Témara Tel: 05 37 61 36 36 / 06 64 29 31 82	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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

Dr CHAMI Loubna

ECG

Nom : el hani fatima Sex :
SN : 0012110 Case No. :

Female Age :

Clinique N :

Section :

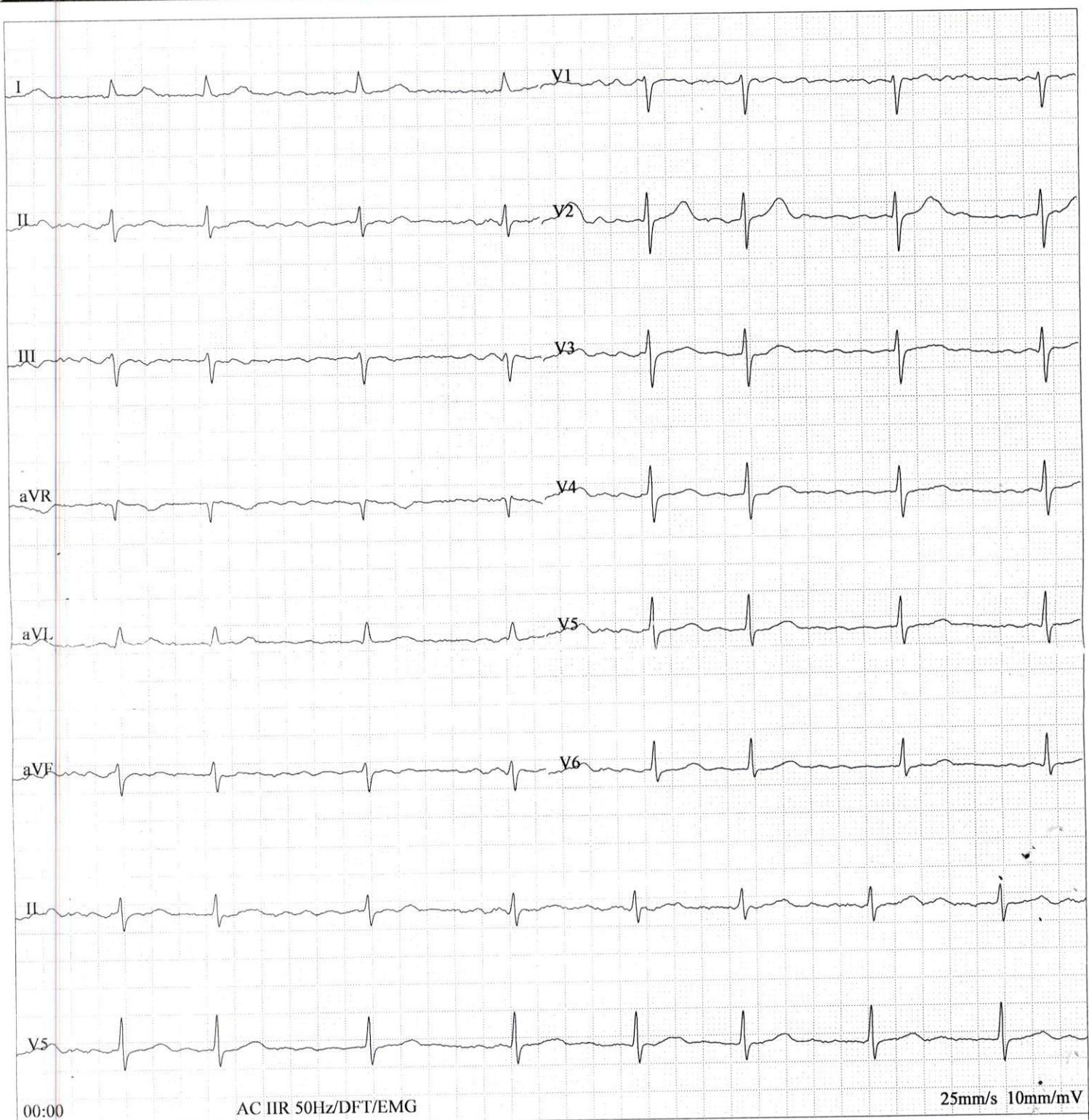
SN : 0012110

Case No. :

Lit No.

Date : 0

06/06/2022 12:20:28



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Prompt:

Fréquence:

1000Hz | PR Interval:

- - -

Temps d'écha

426 ms

FC:

69bpm | QTc Int

458 ms

P Interval:

--

QRS Interval

90

28.100b

Signature Médecin :