

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 79 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0034141

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1579 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL TAMAI AHMED

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : Ain Chok Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/06/2022

Nom et prénom du malade : EL TAMAI AHMED Age :

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

Nature de la maladie : HTA - Angine - AVC Ischémique

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
25/06/2022	Cardiologie		4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/06/22	2098,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

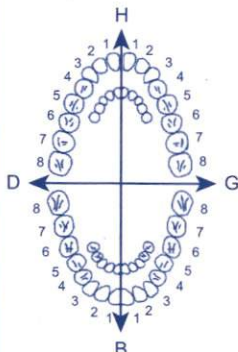
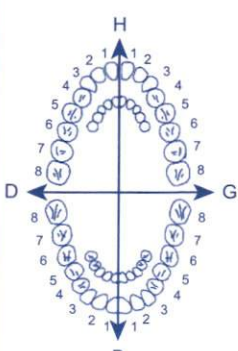
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			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"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
خريج كلية الطب ببباريس
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: U. EL TAMAI Casablanca, le - 25-JUN-2022

Amme
2X7200

81x(06/10/2020)

Detenue

6X9720 1/2 y aller

2 AN

6X14270

Cover syl

6X2770 1 y le mat

Cash oopie

6X57780 1 y mat

2 LNER

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118000 101788
PPV: 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118000 101788
PPV: 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

P.P.V.: 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 4419DMP21/NRQDM



6 118000 020844

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 4419DMP21/NRQDM



6 118000 020844

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 4419DMP21/NRQDM



6 118000 020844

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 4419DMP21/NRQDM



6 118000 020844

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 4419DMP21/NRQDM



6 118000 020844

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 4419DMP21/NRQDM



6 118000 020844

COVERSYL®

COVERSYL®

COVERSYL®

COVERSYL®

COVERSYL®

6 118000 100300

6 118000 100300

6 118000 100300

6 118000 100300

6 118000 100300

6 118000 100300

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



6 118001 09026

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



6 118001 09026

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



6 118001 09026

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



6 118001 09026

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



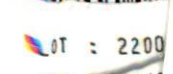
6 118001 09026

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



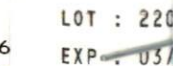
6 118001 09026

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT: 2200
EXP: 03/2022
PPV: 57,80DH



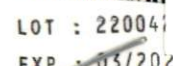
6 118001 09026

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT: 2200
EXP: 03/2022
PPV: 57,80DH



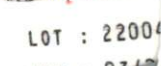
6 118001 09026

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT: 22004
EXP: 03/2022
PPV: 57,80DH



6 118001 09026

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT: 22004
EXP: 03/2022
PPV: 57,80DH



6 118001 09026

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT: 22004
EXP: 03/2022
PPV: 57,80DH



6 118001 09026

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT: 220042
EXP: 03/2025
PPV: 57,80DH



6 118001 09026



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

25 JUIN 2022
le/...../.....

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le patient	
Je soussigné:	Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA 356, Rue Mostafa El Maâni Professeur de Cardiologie Dr Saâd SOULAMI
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M:	<i>Dr Saâd SOULAMI</i>
Présente	<i>une HTA recevant aujourdhui un traitement</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<i>A vie</i>
Dont ci-joint l'ordonnance.....	<i>Oui</i>
(A défaut noter le traitement prescrit).....	<i>Angiotensinolytiques</i>

(✓) : valable 3 mois

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

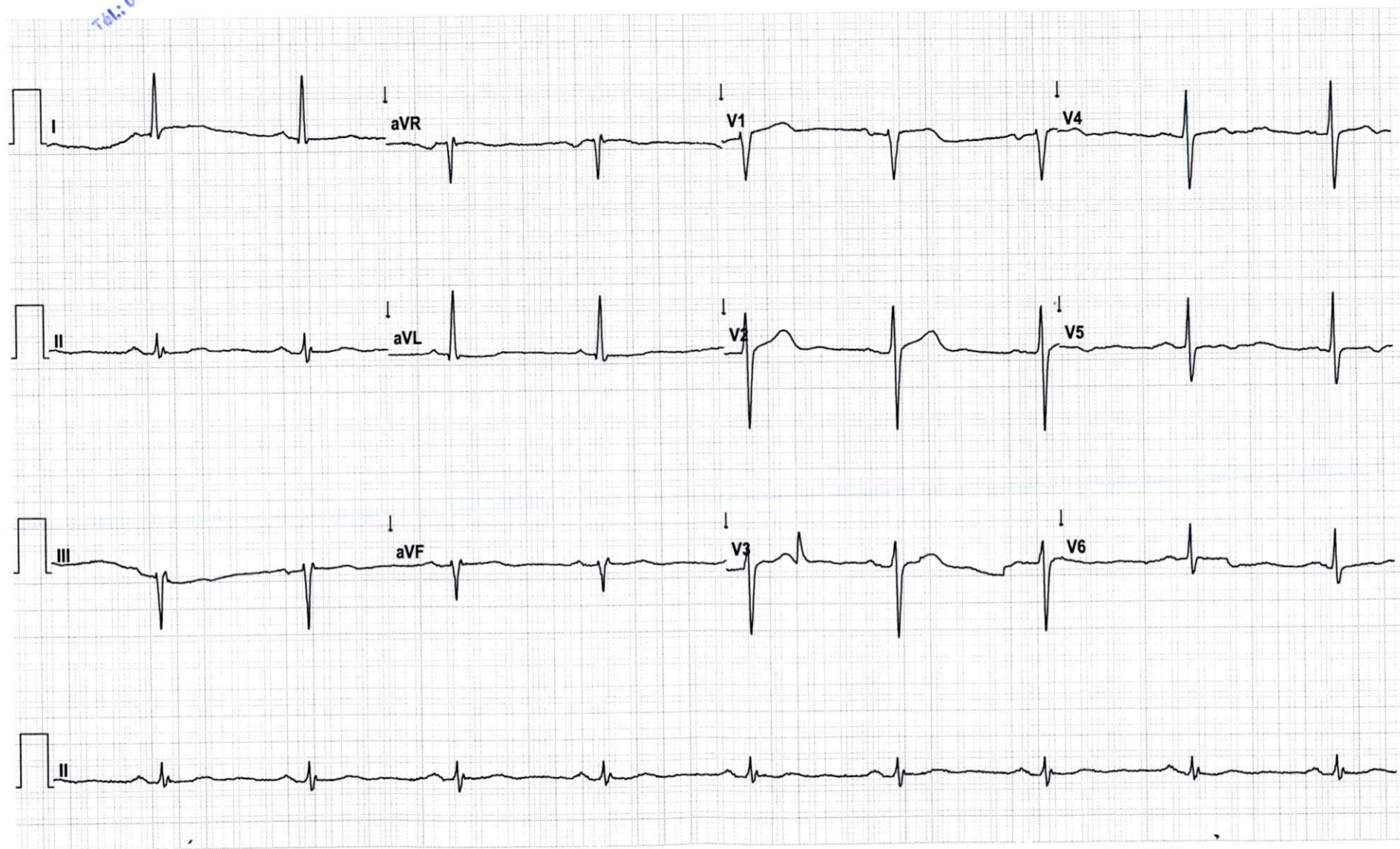
Last: EL JAMAI
First: AHMED
ID:
DOB:
Age: 0yr
Sex:

25-Jun-2022 10:11:23

Vent rate: 54 BPM
PR int: 205 ms
QRS dur: 109 ms
QT/QTc: 463 / 450 ms
P-R-T axes: 27 -21 64

BRADYCARDIE SINUSALE
DEVIATION MODEREE AXIALE GAUCHE DE QRS
ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T
ECG ANORMAL
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 56564 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz