

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0021526

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07655 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : SALHI Abderrahman
 Date de naissance : 19/03/1957 à Casablanca
 Adresse : 523 dot haj fatch ouffa Casablanca
 Tél. : 0663643449 Total des frais engagés : 805,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 07/22
 Nom et prénom du malade : SALHI Abderrahman Age: 1957
 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 : Casablanca Le : 22 / 07 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/12/12 | ECG | | 250,00 | Dr. H. El Ghazali CARDIOLOGUE Rue N°61 - Le Flage AP Chââdia - DARRADJ Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170670 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Nassim El Bhabha Docteur en Pharmacie Rue N°12 - Sidi Rahal Qadiri Tel: 021 27 96 90 08 INPE: 06 23 45 81 8 | 20/07/12 | 124,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES Lot Hal-sahel Oulhassane Casablanca Tél: 300 ray 405221 909 706 | 20/07/12 | B31a | 430,40 dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

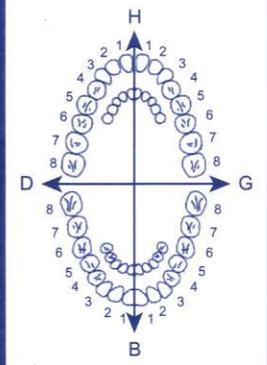
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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

| H | | G | |
|----------|----------|---|--|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| D | | B | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 35533411 | 11433553 | | |



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | |
|--|--|
| | 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"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 07/27/22

Nom et Prénom : SAHBI AHMED ALMAN

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input type="checkbox"/> Acide urique | <input type="checkbox"/> Taux de prothrombine +INR |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total. HDL. LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT -G.T | <input checked="" type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input type="checkbox"/> VS. NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D | <input type="checkbox"/> D-Dimères |

Examen des Urines

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Recherche de l'Albumine |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie de 24 h |
| <input type="checkbox"/> E.C.B.U |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme Urinaire |

الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : ~~20/04/2024~~ **07/05/22**

Nom et Prénom : **SALHI Abderrahman**

AVLOCARDYL 40

1/4 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

LOT : 21E014
PER: 09 2024

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V. : 41DH80



6 118006 1010227

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



6 118001 090280

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



6 118001 090280

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

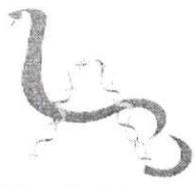


6 118001 090280

T = 124.9



الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
Tél: 05 22 91 07 62 - 05 22 91 72 39 14
INPE: 91170670



مختبر التحاليل الطبية دعاء لاجب
Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna
Médecin biologiste

Pathologie - Hématologie - Bactériologie - Parasitologie
Pneumologie - Mycologie - Immunologie - Virologie

Facture

N° facture 22-4995

Casablanca, le 20/07/2022

Date de prélèvement 20/07/2022

Mr SALHI Abderrahman

| Code Acte | Designation Acte | Cotation |
|-----------|---------------------|----------|
| HBA1C | Hémoglobine glyquée | 100 |
| GLY | Glycémie à jeun | 20 |
| TG | Triglycérides | 60 |
| CT | Cholestérol Total | 30 |
| HDL | HDL-Cholestérol | 50 |
| LDL | LDL-Cholestérol | 50 |

| | |
|------------------|--------|
| Total B | 310 |
| Total en dirhams | 430,40 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent trente dirhams 40 centimes***

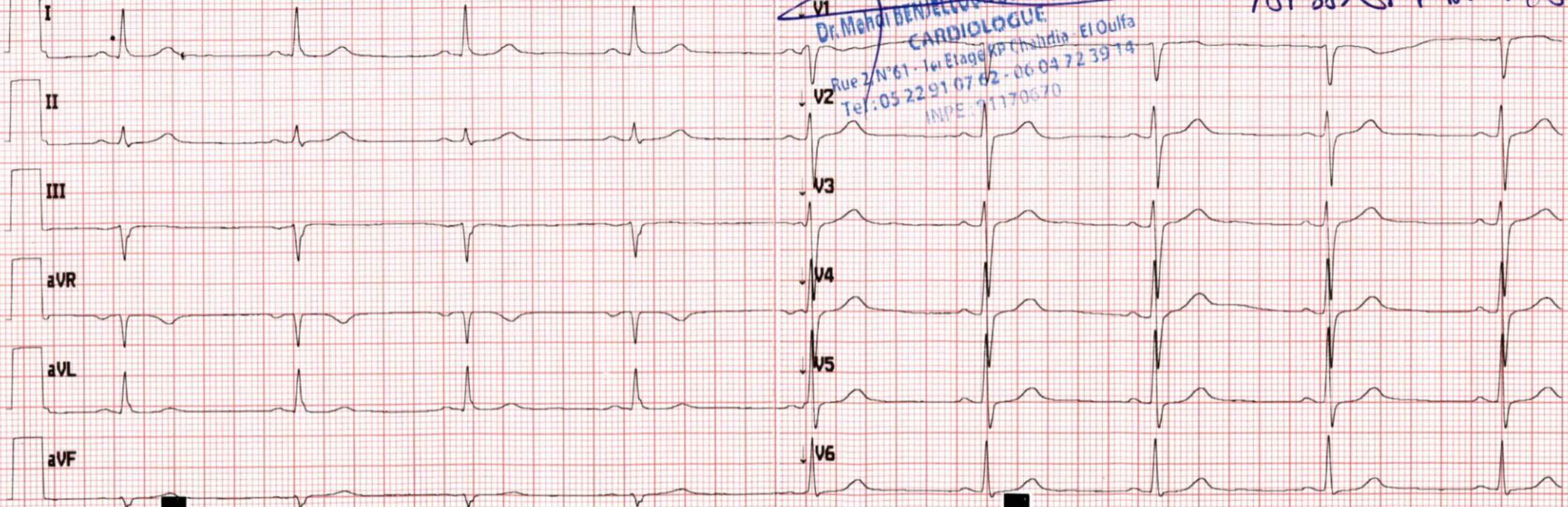
DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
Laboratoire d'Analyses Médicales
301 Lotissement Haj Fatah Oulfa - Casablanca
Tél : (0522) 900 300 - Fax : (0522) 900 700

7-Jul-2022 13:33:49 Fréq. Card.: 52 BPM
Axes P-R-T: 5 -16 30 Int PR: 148ms
Dur.QRS: 98ms QT/QTc: 428/409ms

7-Jul-2022 13:33:49

ID:
D-naiss:
ans,

Handwritten signature
ARABERHAKI RAM



~~Dr. Mehdi BENJELLOUN~~
CARDIOLOGUE
Rue 2 N°61 - 1er Etage KPCahdia - El Oulfa
Tel: 05 22 91 07 02 - 06 04 72 39 14
INPE: 21170670