

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- 0010114

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0464 Société :

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : DIABE D. ISSA

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : Dar Salama - Rue J. Imhl 3 - N° 7 - D. 5

Tél. 06.11.12.04.45 Total des frais engagés : 2.649,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2022

Nom et prénom du malade : M. DIABE D. ISSA Age : 78 ans

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

Nature de la maladie : H.T.A

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 : 29/12/2022

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
25.11.2022	G3 + F16	300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IKHLAS Dr. Mme. N. BENNARI 136, Rue Ibn El Ouannane Hay Mohammadi - Casablanca Tél : 05 22 60 07 19	25/11/2022	2349,90

ANALYSE - 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											
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur DIABE Driss

Casablanca le 25/11/2022

222185 06/2026 31.30	222185 06/2026 31.30	222185 06/2026 31.30	222185 06/2026 31.30
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

1- ZYLORIC 20

1 CP PAR JOUR

PPV: 147DH40
 PER: 09/24
 LOT: L2954-2

PPV: 147DH40
 PER: 09/24
 LOT: L2954-2

PPV: 147DH40
 PER: 09/24
 LOT: L2954-2

PPV: 147DH40
 PER: 09/24
 LOT: L2954-2

2- ROZAT 10 MG.

1 cp le soir sans arrêt

3- KARDEGIC 160 MG :

1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

4- EXFORGEHCT 10MG:/160 M

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

EXFORGE HCT
 10mg/160mg/12.5mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 310.00 DH

EXFORGE HCT
 10mg/160mg/12.5mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 310.00 DH

EXFORGE HCT
 10mg/160mg/12.5mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 310.00 DH

5- DETENSIEL 10MG

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

1180011017
 PPV : 72.00 DH
 tribué par Cooper Ph

1180011017
 PPV : 72.00 DH
 tribué par Cooper Ph

EXFORGE HCT
 10mg/160mg/12.5mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 310.00 DH

1180011017
 PPV : 72.00 DH
 tribué par Cooper Ph

1180011017
 PPV : 72.00 DH
 tribué par Cooper Ph

Re 3 mois
2349,90

DR. EL MAKHLOUF Ali

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: DIABE DRISS
Numéro: DIABE DRISS
M ou Mme: Masculin
né le: 01/01/1944 Age: 78 ar

Enregistré: 25/11/2022 11:17:58
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

TA: 144/68
p: 65kg

P / PQ 123 ms 160 ms
QRS dur: 103 ms
QT / QTc / QTd 413 m / 422 m / -
P/QRS/T axis: 55° / -36° / 54°
Rythme cardiaque: 65 bpm

