

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0029532

MUPRAS
RECEPTIONS

143764

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713

Société : RRM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI MASSAOU

01-07-1955

Date de naissance :

Adresse : Lot EL OUAFA N°56 DEROUA

Tél. : 0661155243

Total des frais engagés : 20791 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR EL MOURID MONIA

EL ALAOUI APP 4
LOTISSEMENT NABAT AL MOURID DR EL ALAOUI APP 4
TEL: 0522031676 / 0560627607
INPE: 061259198

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2022

Nom et prénom du malade : Mme ISMAILI HALIKA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : DEROUA

Le : 28/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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
2011/12/22	CS+TCG		250 DH	2011/12/22 DR. ABDERRAHMANE APP L. 259198 27001

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2022	1822,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

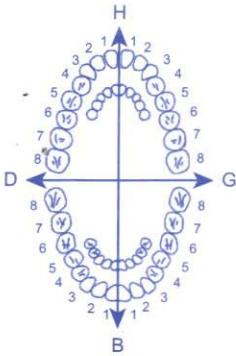
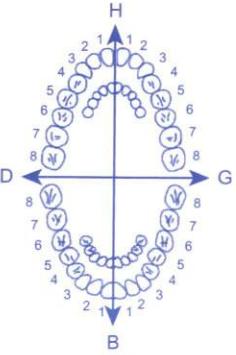
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



بین
دار البيضاء
باريس
خطيط الجهد

37.00

ORDONNANCE

20

37.00

Mme ISMAILI Malika

37.00

370,00 X3

1/ REXABAN 20MG

1cp/j le matin

79.80 X3

2/ TAHOR 10 MG COMPRIME PELLICULE

1 cp le soir

43.80 X5

3/ XEDILOL 6.25 MG COMPRIME SECABLE

LOT 1822
comprime secable 1cp *2/

89.70 X3

4/ CORDARONE 200 MG COMPRIME SECABLE

1 cp le matin

Traitements pendant : 3 Mois

1822,10



LOT 222180 1

EXP 06 2025

P.P.V : 43.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT 222180 1

EXP 06 2025

P.P.V : 43.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT 220596

EXP 02 2025

P.P.V 47.00

LOT 222180 1

EXP 06 2025

P.P.V : 43.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V : 43.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V : 43.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

F-Y 6
89,70

89,70

89,70

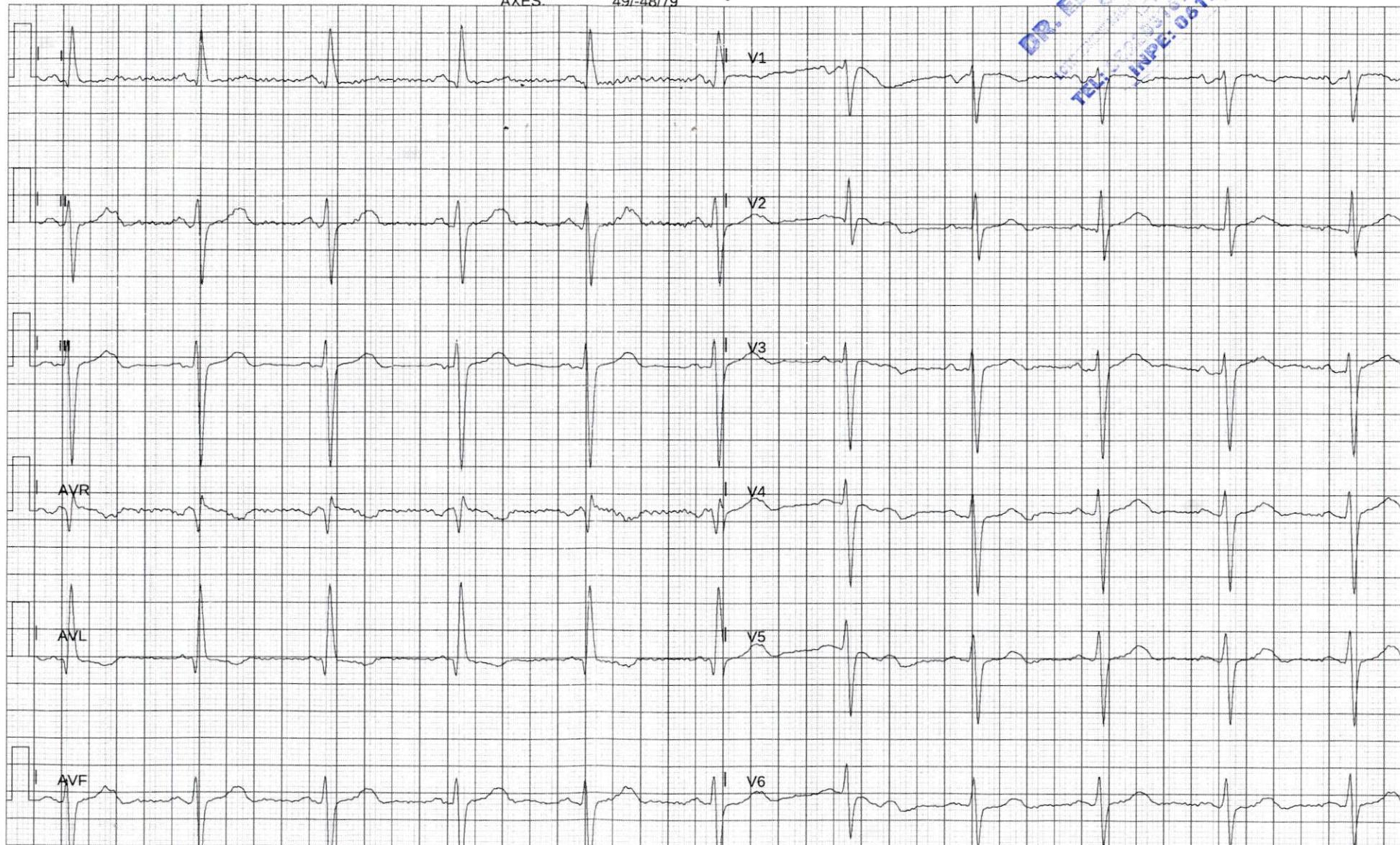
(40)

ID:
ISMAILI, MALIKA
FEMME ---
TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---/---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

20/12/2022 14:53:31
FC: 64 bpm
PR: 172 ms
QRSd: 136 ms
QT/QTC: 450/457 ms
QTcB: 464 ms
QTcF: 459 ms
Rv5-6/Sv1 0,56/0,79 mV
Sok-Lyon: 1,35 mV
AXES: 49/-48/79 °

Rythme sinusal
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge du patient ---
Déviation axe gauche marquée
Défaut de conduction IV
Hypertrophie ventriculaire gauche
ECG abnormal

Non confirmé



DR. EL MOURID MONIA
TELE: 061259198
TPE: 0660627007