

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- 0052524

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00359 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : CHATIR. HAMID.
 Date de naissance : 14/09/42
 Adresse : 622, HALIATIEH CO 2 EA
 Tél. : 0662467509 Total des frais engagés : 155970 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : MARIAS FATIMA Age: / /
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HDA grade III P Diabète + coronaropathie
 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 : 0954
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 07/03/2023

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
07-03-23	g.a.e.c.		210 dt	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022-38 54 38	07/03/23	1309.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

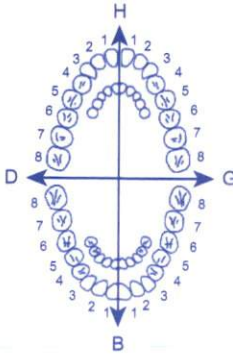
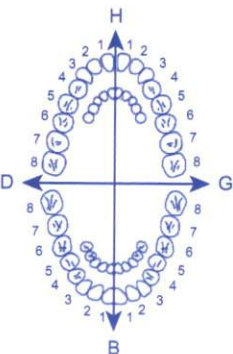
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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

الدكتورة أمينة كرومي

أخصائية أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب بالرباط

حاصلة على دبلوم فحص القلب بالصدى كلية بوردو بفرنسا

طبيبة سارقة بوليتكنيكي ابن سينا والمستشفى العسكري بالرباط

تخطيط القلب - الفحص بالصدى
الصوتي للقلب و الشرايين - تخطيط
الجهود فحص القلب بالصدى عند الجهد -
تسجيل الضغط الدموي ودقات القلب
على المدى الطويل









ordonnance

Casablanca, le : 07/03/2013

Nom et Prénom : Monas Fohma

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: 022-36-54-38

- I r nel 300  - 0.15 x 3 mois
150,00 x 3
- Solnia Lp 1,5  - 1 - 0.15
34,20 x 3
x 3 mois
- Bifex card 2,5  - 1/2 - 0.15
37,00 x 2
x 3 mois
- Constat 200  - 1 - 0.15
24,70 x 3
x 3 mois
- Statistical  - 1 - 0.15
91,00 x 3
x 3 mois
- Junotour  - 1 - 0.15
109,00 x 3
x 3 mois

INPE : 091247593

شارع محمد زفاف - إقامة الريان 2 - الطابق 1 - مقابل بريد المغرب - أناسي - الدار البيضاء

Bd. Mohamed Zefaf - Résidence Arrayane 2 - 1^{ème} Etg. en face Poste du Maroc - Anass, Casablanca

05 22 07 12 71

aminakerroumi@gmail.com

91,00

91,00

91,00

PPV :

LOT :

PER : 34,20

PPV :

LOT :

PER : 34,20

PPV :

LOT :

PER : 34,20

100cps

/liq

27,70 DH

er S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



150,00

150,00

501220d

150,00

501220d

37,00



37,00



22051 0125

LOT PER

Prix 109,00

22169 0425

LOT PER

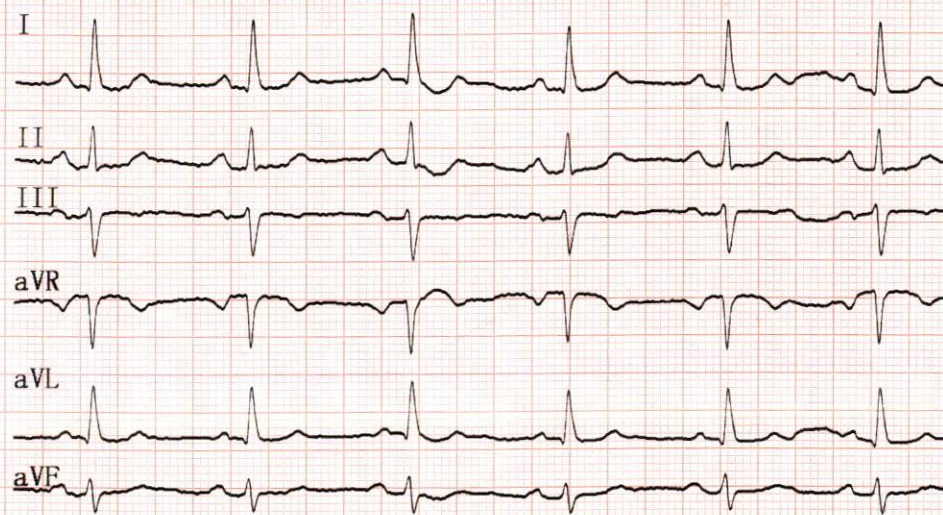
Prix 109,00

22169 0425

LOT PER

Prix 109,00

AUTO 10mm/mV



V5 5mm/mV



5mm/mV



Dr KERROUMI Amina
2023-03-07 09:55

ID :
Nom: manas fatima Sexe: Femme Age:
Taille: cm Poids: 60 kg SYS/DIA: 100/70 mmHg
HR [bpm]: 70
PR Interval [ms]: 186
P Duration [ms]: 120
QRS Duration [ms]: 76
T Duration [ms]: 195
QT/QTc (Bazett) [ms]: 366/395
QTc (Hodge) [ms]: 383
QTc (Framingham) [ms]: 388
QTc (Fridericia) [ms]: 385
P/QRS/T Axis [deg]: 37.9/-4.0/35.5
R(V5)/S(V1) [mV]: 0.83/0.97
R(V5)+S(V1) [mV]: 1.80

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****
Ryth. sinusoidal norm.;
Dévia. ax. gche modérée;
V4 V5 V6 Onde T anormale;

25mm/s AC50Hz+EMG25Hz+DFT0.50Hz

Médecin