

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- 0027197

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7735 Société : Ram
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : WASMIH SAADIA
 Date de naissance : 10/12/1964
 Adresse : hasi. welle
 Tél. : 06 76 86 66 05 Total des frais engagés : 800 + 1390,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef LAMMAM
CARDIOLOGUE
109 Bd. Oum El Hay Hassan
Casablanca - Tel: 05 22 33 00 00

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : WASMIH SAADIA Age : 58 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : 06/03/2023

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
06-03-23	EC	41 + 16	300,00	Dr. Youssef DABSI CARTOLOGUE 108 Bd. Oum Hassan Casablanca - Tél: 05 22 93 88 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Magasin 02052208	06/03/2023	1380,10

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 canaux, 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler
cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان
- الهولتر -

Casablanca, le 06.03.23

(Uth Saoud)
Wassim Saoud

97,90 x 3

① Metoprolol

158,30 x 3

② Aprovel 150

45,70 x 2

③ Coltrax 1mg 3x 2x

82,10 x 6

④ Inexium 20 1galy 5 x 5 mary

27,50

⑤ Spasfon 1g in 2x 2x

1380,10

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir bnou al auoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

27,50

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir bnou al auoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir bnou al auoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir bnou al auoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir bnou al auoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir bnou al auoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence

Tél./Fax : 0522 93 86 00 : الهاتف

Washin

ID: 800072

06/03/2023 10:37:28

62 bpm

06/03/2023 10:37:28

ID: _____

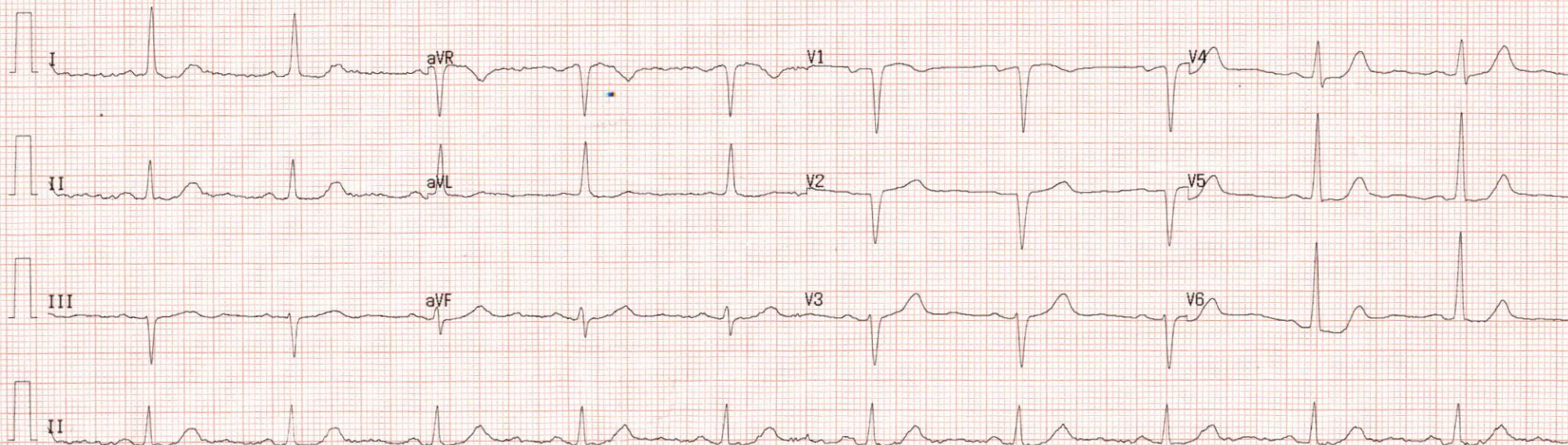
INCONNU ---

Rythme sinusal

--- Interprétation eff

Q en V1/V2 peut être

ECG limite



25mm/s 10mm/mV LP: 25Hz AC:50Hz

Cardioline ECG100L 2.01.7025 SN:0628181F