

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- 0020595

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1952 Société : 155537

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : Dersi Milouda

Date de naissance : 01/01/1974

Adresse : 55 Salim Bouznika

Tél. : 0675 123995 Total des frais engagés : 170,70 DH + 300 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

F. Mourad OUAZRY
Cardiologue
5, Av Hassan II - Mohammedia
Tél : 05 23 30 04 14

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2023

Nom et prénom du malade : DERSI MILLOU A Age : _____

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

Nature de la maladie : U.S.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 : Mohammedia Le : 17/03/2023

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
17/03/23	5-4-6-6		300	Dr. Mourad OUAZRY Radiologue San II - Mohammedia Tel: 05 23 30 04 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

17/03/2023

470,70

062037387

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

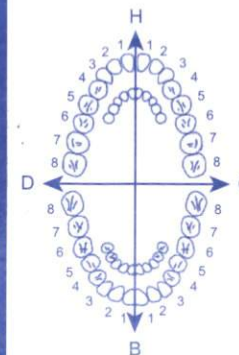
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

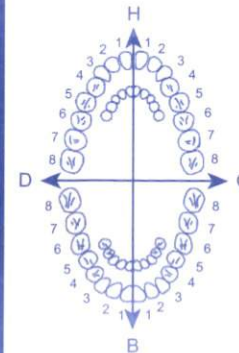
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARADIO-VASCULAIRES

Docteur Mourad OUAZRY
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Marseille
Ancien Cardiologue des hôpitaux Militaires du Maroc

5, Bd Hassan II - Mohammedia (à côté de la gare)

Tél: 05.23.30.04.14

Sur Rendez-vous



الدكتور مراد وزري

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بمرسيليا (فرنسا)
ملحق سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

5 شارع الحسن الثاني - المحمدية (قرب محطة القطار) قرب البريد

الهاتف 05.23.30.04.14

بالموعد

Mohammedia, le 17-03-23. المحمدية في

Dr. Derril Milouds.

39,90 x 3

119,70

Bisocard 5 mg

14 / 7 matin

Ancel 50 mg

64,00 x 3

192,00

53,00 x 3

159,00

Pharmacie de la Famille

Dr. EDDAKHCH

N°4, Hay Othmane - Bouznika

Tél: 0537 74 55 51

Dr. Mourad OUAZRY
Cardiologue

5, Av Hassan II - Mohammedia

Tél: 05 23 30 04 14

Pharmacie de la Famille
Dr. EDDAKHCH Hanane
N°4, Hay Othmane - Bouznika
Tél: 0537 74 55 51

11470,70

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

30 comprimés enrobés



LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



LOT : 407
PER : 12/23
PPV : 64,00 DH

DIPICOR® 5 mg
30 comprimés



53,00/

DIPICOR® 5 mg
30 comprimés



53,00

DIPICOR® 5 mg
30 comprimés



53,00

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



39,90

Bisocard® 5 mg
30 Comprimés pelliculés sécables



39,90

Bisocard® 5 mg
30 Comprimés pelliculés sécables



39,90

2023-03-17 11:31

Données référence uniquement:

Nom : 0

Sexe : Âge : 0

Section : 4444

Cham. ID: _____

ID lit: _____

ID: _____

Utilisat: _____

X01 à 1: _____

X01 à 2: _____

X01 à 3: _____

FC

bpm : 61

Intervalle PR

ms : 153

Durée P

ms : 114

Durée QRS

ms : 80

Durée T

ms : 221

QT/QTc

ms : 404/406

Axe P/QRS/T

deg : 17.5/-2.4/13.0

R(V5)/S(V1)

mV : 0.79/0.84

R(V5)+S(V1)

mV : 1.62

Ryth. sinusoidal norm.;

Dévia. ax. gche modérée;

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin: _____

AUTO 10mm/mV

10mm/mV

