

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

N° W21-798367

159 089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 500 63 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Décédé

Nom & Prénom : N° AAISST Zahra Vve RIDASUI Ahmed

Date de naissance : Cité Plateau Imm 7 Apt 48 CASA

Adresse : CASA

Tél : 0666 27 47 83

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Madrif - Casablanca

Date de consultation : 28/06/23

Nom et prénom du malade : AAISST ZAHRA Age :

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

Nature de la maladie : HTA - Diabète - Coronaropathie

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 : CASA Le : 28/06/2023

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
28/4/23	Q		3000	INP : 08/4/23

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/4/23	1352,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

Docteur **ZOHEIR Fatima**

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.



الدكتورة **زهير فاطمة**

اختصاصية في أمراض القلب والشراب

Diplômée de la faculté de Lyon

elle est attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le **28/04/2023**

Mme **A. Aïssi Zahra**

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



180,30
x3 3

1/ Taregabo
1cp matin

114,10
x3 3

3 mois

2/ Cardensiel
1cp mid

27,70
x3 3

3/ CardioAspirine 100
1cp mid

114,10
x3 3

4/ Crestor
1cp soir

56,80
x2 2

5/ Aldactone 50
1cp 1h

99,00
x2 2

6/ Aldactone 50
1cp 1h



Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH



Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH



Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

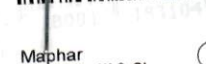
Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 114,10 DH

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 114,10 DH

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 114,10 DH

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 114,10 DH

LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH



TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH



TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH



TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

Doliprane

140

1px2

1352.60



Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
238 Bd Brahim Roudani
Madinat - Casablanca

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av. des F.A.R - Casablanca
Tél: 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

PPV:14DH00
PER:12/25
LOT:L3735



Aaissi, Zahra
ID:
D-naiss
ans,

28-Avr-2023 09:38:32

Fréq. Card. 53 BPM
Int PR 194 ms
Dur. QRS 90 ms
QT/QTc 426/410 ms
Axes P-R-T -25 -3 -2

