

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

N° W21-714066

170310

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300

Société : RM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : RIDAOUI Rachida

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0666274783

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 / 07 / 23

Nom et prénom du malade : RIDAOUI Rachida

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

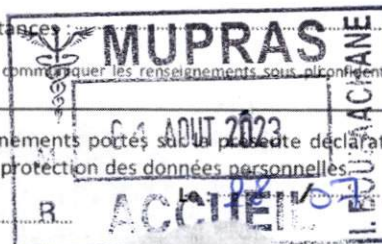
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
28/07/23		3	3000	INP: 001142729

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASHABA 41, Av. des FAR - Casablanca Tel: 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69	28/07/23	1040,70

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		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	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															

Docteur **ZOHEIR Fatima**
Cardiologue



الدكتورة **زهير فاطمة**
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

Diplômée de la faculté de Lyon

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

Membre de la société française de cardiologie

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

Casablanca le : 28/07/2023

M^e **LIDAOUI RACHIDA**

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 16 DMP 21 NRQ P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

165,50
x3 1/ Atacand 16mg
impli metan

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 16 DMP 21 NRQ P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

181,40
x3 2/ Le Zuois

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 16 DMP 21 NRQ P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

181,40
x3 2/ pour tildiem 20

T = 1040,70

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.

Aln sebaâ Casablanca
Mono-tildiem Ip200mg

gelules b28
P.P.V: 181,40 DH

5 118001 081226

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.

Aln sebaâ Casablanca
Mono-tildiem Ip200mg

gelules b28
P.P.V: 181,40 DH

5 118001 081226

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.

Aln sebaâ Casablanca
Mono-tildiem Ip200mg

gelules b28
P.P.V: 181,40 DH

5 118001 081226

Dr **ZOHEIR Fatima**
CARDIOLOGUE
230, Ed Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

230, شارع إبراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء
230, Boulevard Brahim Roudani Ex Route d'El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81

Ridaoui, Rachida

ID:

D-naiss

ans,

28-Jul-2023 08:41:15

Fréq. Card. 83 BPM

Int PR 153 ms

Dur.QRS 84 ms

QT/QTc 360/400 ms

Axes P-R-T 58 29 48

