

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- 0049015

13/134

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 545 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MASROUR Abderrazak
 Date de naissance : 28/01/45
 Adresse : 32, Bd Kennedy Casa
 Tél. : 0661290969 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 13/11/2023
 Nom et prénom du malade : Mekroun Saoud Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - Maladie Chronique
 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 : Le :
 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
13/11/2023	CCP ECG		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM 4, Résidence Annaïm - Oulfa Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca	13/11/2023	1252,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM 4, Résidence Annaïm - Oulfa Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca	13/11/2023		

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
					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"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

أستاذة في أمراض القلب

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca, le: 13/11/2023

Mme Mehdiouar Samad

104,00 x3

① Sechof 400mg 1cp

89,200 x 4

② Amilor 500mg 1cp

27,70 x3

③ Cardin aspirine 7cp

162,00 x3

④ Crestor 10mg 1cp

1252,10

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERBOU
Docteur Malika NOUREDDINE
4, Résidence Annaim - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

durée traitement: 3 mois

Dr. Malika NOUREDDINE
Cardiologue
Tél: 091026849

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

104,50

104,50

104,50

UT.AV : 01 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° : FT 4913

UT.AV : 01 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° : FT 4913

UT.AV : 01 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° : FT 4913

UT.AV : 01 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° : FT 4913

Maphar

Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111

Maphar

Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111

Maphar

Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111

Nom pat.: **MEBENUR Soud**

FC: 85/min

No pat. :

Intervalles:

No réf.: **43/11/2023**

RR 710 ms

P 112 ms

PQ 156 ms

QRS 78 ms

QT 366 ms

QTC 436 ms

Age:

Stature:

Poids:

Taille: cm

Poids: kg

TA: mmHg

Méd:

DR NOUREDDINE

AT-101

1.25 Mm

Axes:

P 31 °

QRS 16 °

T 31 °

P (II) 0.11 mV

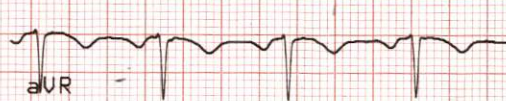
S (V1) -0.63 mV

R (V5) 0.92 mV

Sokol. 1.64 mV

Ve 04-FEV-00 23:20:41

10 mm/mV



10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SB5

R NOUREDDINE

AT-101

1.25 Mm

Ve 04-FEV-00 23:20:30