

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier 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° W21-780936

194792

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00409 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUHSANE Fatima
 Date de naissance : 08.10.1943
 Adresse : Rue 10 N° 3 HAY MISSIM HAY HASSANI
 CASABLANCA
 Tél. : 06 72 043 296 Total des frais engagés : 1435,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mouad CRIQUECH
 Cardiologue
 262 Bd Yaâoub El Marisou Casablanca
 Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 11 75
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 09/12/2023
 Nom et prénom du malade : BOUHSANE FATIMA Age : 80 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : 13/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
09/12/23	C.H.R.C.H.	Docteur Mohamed CHAIQUECH Cardiologue 262 Bd. Yassine El Makhoul Té : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75	300 D.H.	INP : 0011043322

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/23	1135,2

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
		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	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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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 Mouad CRIQUECH

Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

LOT : 23E005
PER : 03 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 23E007
PER : 03 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 23E007
PER : 03 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

Casablanca le : 09/12/2023

LOT : 23E004V
PER : 03 2026
CORDARONE 200MG
CP SEC B40
P.P.V : 89DH70
6 118000 061120

LOT : 23E004V
PER : 03 2026
CORDARONE 200MG
CP SEC B40
P.P.V : 89DH70
6 118000 061120

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

Librax[®] / 2,5 mg
30 comprimés dragéifiés
6 118000 280019

Eliquis[®] 2,5 mg
20 comprimés pelliculés
P.P.V : 250,00 DH
6 118001 170920

POTASSIUM
LAPROPHAN[®]
Sirop 125 ml
6 118000 031925

Eliquis[®] 2,5 mg
20 comprimés pelliculés
P.P.V : 250,00 DH
6 118001 170920

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 GSM : 06 62 80 19 75

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 GSM : 06 62 80 19 75

1mm/mV

10mm/mV

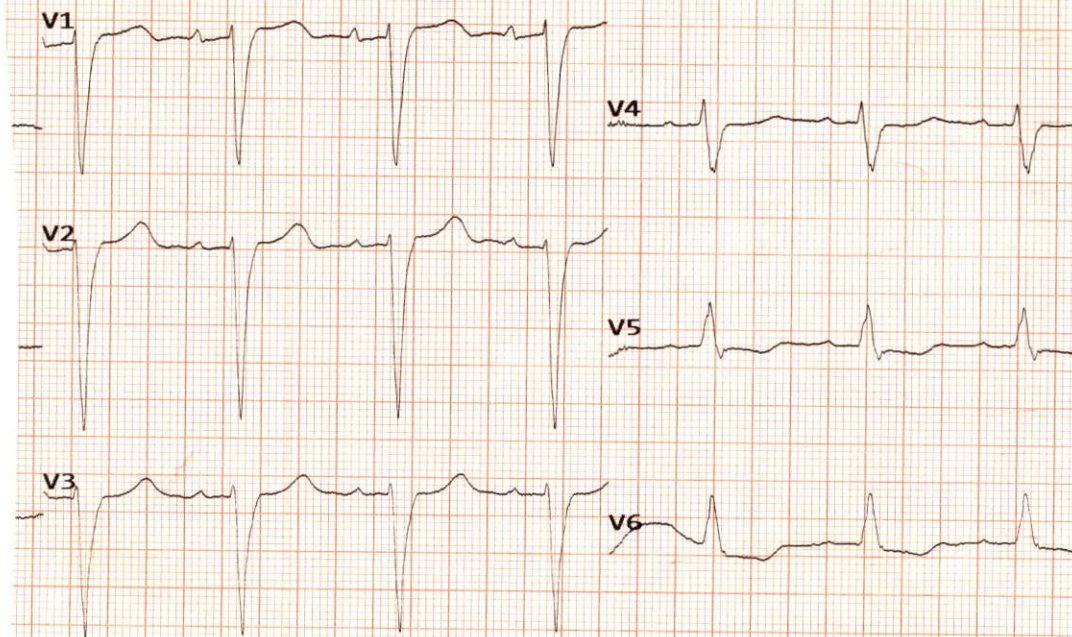
09-12-23



Speed: 25mm/s AC:50Hz Filter:A50 D 85Hz Print Mode:Real-T

10mm/mV

10mm/mV



ime SOMO VT307.007

Docteur Mouad CRIQUECH

Cabinet de Consultation et d'explorations
Cardiovasculaires



Électrocardiogramme

Nom : BOUHSANE

Prénom : FATIMA

Date : 09/12/23