

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

W21-839644

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLORI RACHID

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : LOT LA COCINE II N°10 CALIFORNIE

CASABLANCA

Tél. : 066159849 Total des frais engagés : #1505,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2024

Nom et prénom du malade : LAHLORI RACHID

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

Nature de la maladie : hypertension artérielle

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 : 05/03/24 Le : 04/03/24

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
01.02.24	G		300,10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARIJ SARBAU Route 1029 Ouled Said N°5, Califormie - Casablanca RC N°: 361421 Tél: 0522 24.90.07	01/02/2024	1205,20

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
		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 :

Veillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11413552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11413553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533411	11413552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11413553		B				
	H		H																								
	25533411	11413552																									
	00000000	00000000																									
	D		G																								
	00000000	00000000																									
	35533411	11413553																									
	B																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque
Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين
أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين
خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد
إعادة التأهيل القلبي

01 février 2024

LAHLOU RACHID

99.10 x3

COVERSYL 5 mg, Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MATIN

99.50 x3

LIPANTHYL 200 mg, Gélule

1 gélule par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

31.30 x3

ZYLORIC 200mg Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

58.10 x2

CARDENSIEL 5mg, Comprimé pelliculé sécable

1/2 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

112.50 x3

VASTAREL 80MG

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MATIN

27.70 x3

CARDIOASPIRINE 100mg, Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MIDI

REGIME PAUVRE EN SEL

PHARMACIE ARIJ
SARLAU
Route 1029 Ouled Saïf / S. Salhime - Casablanca
RCM: 361421
Tél: 0522 21.90.07

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78
ICE: 001625537000091

120, Boulevard Moulay Idriss 1er.

Résidence Moulay Idriss.

2ème étage.

Casablanca

Tel: 05 22 86 20 74 - Fax: 05 22 86 20 76
IF: 15178160 TP: 36331592

Urgences: 06-36 13 68 01
ICE: 001625537000091

E-mail: hindelfilali@hotmail.com
INPE: 091169466

M250

M250

M250

Bayer S.A.



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.



01/2028
601TH8
02/2023

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

01/2028
601TH8
02/2023

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 63 048054/01/02

LOT 231944
EXP 05 2027
PPV 31.30

6"118000"022244"

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 63 048054/01/02

LOT 231944
EXP 05 2027
PPV 31.30

6"118000"022244"

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 63 048054/01/02

LOT 231944
EXP 05 2027
PPV 31.30

6"118000"022244"

9200



6"118000"100294"

9200



6"118000"100294"

9200



6"118000"100294"

®

M/D

BT18981 12 2022

11 2027

EXP

BT18981 12 2022

12 2027

EXP

BT18981 12 2022

12 2027

EXP

Labora

Km 10, r

quartier

Ain Sebaâ -

LIPANTHY

P.P.V. : 99,5 DH

6"118001"181629"

Lai

Km 1

quart

Ain Seba

LIPANTHY

P.P.V. : 99,5 DH

6"118001"181629"

Labora

Km 10, r

quartier in

Ain Sebaâ - C

LIPANTHYL

P.P.V. : 99,5 DH

6"118001"181629"

LAHLOU, RACHID

ID:

DDN:

Inconnu, Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

01/02/2024 12:34:30

FC: 53 BPM
Int PR: 199 ms
Durée QRS: 101 ms
QT/QTc: 406/388 ms
Axes P-R-T: 52 -26 42
RR Moy: 1132 ms
QTcB: 381 ms
QTcF: 389 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Signé par:

Date:

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
120, Bd. My Idnes 1er- Résidence My Idnes
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tel: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76
ICE : 001625537000001

