

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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-828051

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA
 Date de naissance : 1948
 Adresse : 3BIS Rue NIZAR ALABIDI BOURGOGNE CASABLANCA
 Tél. : 066814672 Total des frais engagés : 1102,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17/02/2024
 Nom et prénom du malade : BOUKALLABA KHADIJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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 : 17/02/2024
 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
17/02/24	CS+EEG		300,00 DHS	INE: 091280800

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/24	802,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

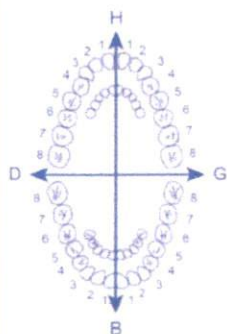
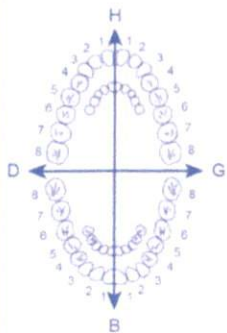
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LOUTFI Anas

Cardiologue

- Diplômé de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien interne du CHU Ibn Rochd, Casablanca
- Ancien interne à l'hôpital de Poissy Saint Germain en Laye, France
- Diplômé en Echo doppler de l'université de Rouen Normandie, France

الدكتور لطفي أنس

طبيب القلب والتهلايين

- خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابقا بالمستشفى بواصي سان جيرمان أون لاي فرنسا
- حاصل على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة روان نورماندي فرنسا

Casablanca, le

17/02/2024

Boukallaba Khadija



Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH



Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80



Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

(27,70 x 3)

① Cardioaspirine 100

67,20 x 1

1 cp/j à midi au maximum

(62,80 x 2)

② Lanzol 30

1 sel/j le matin avant petit déjeuner

(40,00 x 3)

③ Teprinil 1,25

1 sel/j le matin

(57,80 x 3)

④ Torva 10

1 cp le soir

⑤ Cardensiel 1,25

1 cp/j le matin

⇒ Traitement de 3 mois

633, Rue Kelmima الطابق 2 رقم 14، حي بوركون - الدار البيضاء

633, Rue Goulmima, 2ème étage, N° 14, Quartier Bourgogne - Casablanca

0520 902 009

drloutfianas@gmail.com

802,70

LOT : 1122
PER : 10/25
PPV : 57.80 DH

40,00

40,00

40,00

62,80

62,80



10 L

لغ

N° lot:
FAB:
Per:
PPV:

ETLTOR01V01

LOT: 1119
PER: 08/25
PPV: 57,80DH



قرصا
مغلغا

30



10 L

لغ

N° lot:
FAB:
Per:
PPV:

ETLTOR01V01

LOT: 1119
PER: 08/25
PPV: 57,80DH



قرصا
مغلغا

30

BOUKALLABA
KHADIJA

Id :

17/02/2024 12:40:34

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : -- cm Poids : -- kg TA : 0/0 mmHg

FC: 63 bpm (942 ms)

Rv5-6/Sv1 : 1.30/1.12 mV

PR : 162 ms

Sok-Lyon : 2.42 mV

QRS : 96 ms

Axe : 46/19/48 °

QT/QTcH : 402/407 ms

QTcB/QTcF: 412/409 ms

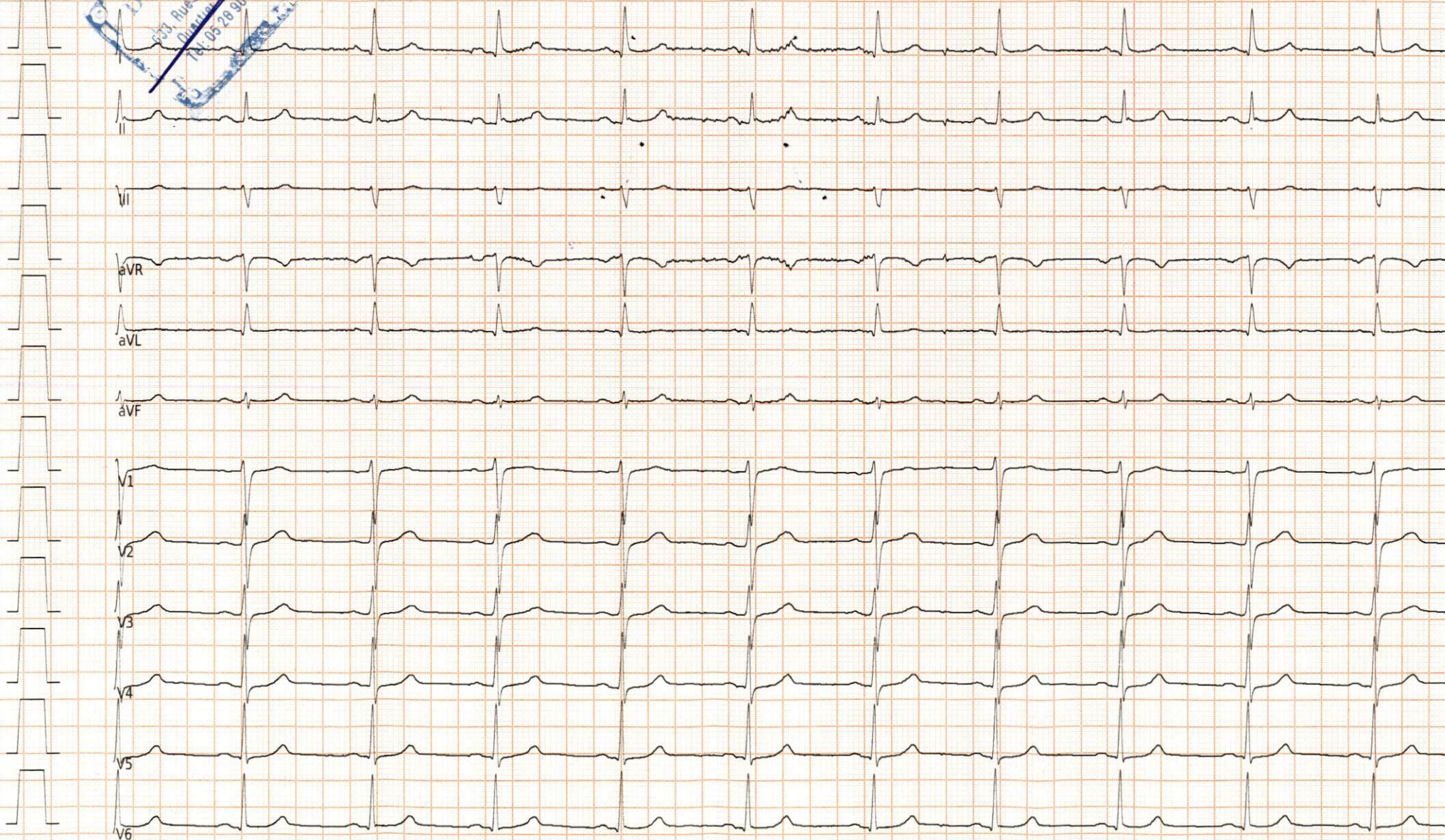
J-Tp/Tp-Te 230/76 ms

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Méd. :

Technicien :

Commentaires :



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v. 2.3.2.15857

CARDIOLINE

72.133

66010052