

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.

Pathologie 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

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° P19-0002406

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0267 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve Zouggari
Nom & Prénom : LAMDAHRI LALLA Date de naissance : 1942
Adresse : 20 Bd S.A. Mohamed VI, APPT 1, BT 4, CASA
Tél. : 0660976387 Total des frais engagés : 3252,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. AMMI M
Professeur en Cardiologie
264 Bd G. Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45 / 20 45 45 78 0

Date de consultation : 06 AOUT 2019

Nom et prénom du malade : LAMDAHRI Ne Zouggari LALLA ZAHRA Age :

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

Nature de la maladie : FA sous anti Coagulant

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

Signature de l'adhérent(e) :



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
06 AOUT 2019	Consultation	1	300 DH	Professeur en Cardiologie 264 Bd. Ghanem - Casablanca Tél. 05 22 39 41 11 - 06 61 15 78 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme LAMNIAI Brigitte Pharmacie de l'Aéroport d'Ant 2 bis, Bd. Sidi Abdelrahman Tél: 39.06.36 - Casablanca	06/08/19	29 22,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

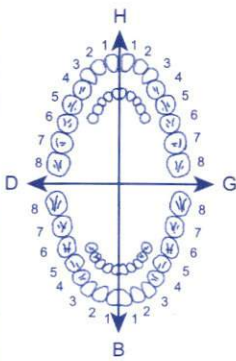
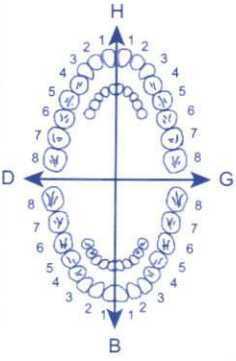
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				Coefficient DES TRAVAUX									
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<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		Coefficient DES TRAVAUX
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS										
			DATE DU DEVIS										
		DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE


06/08/2019

LAMDAGHRI Vve ZOUGGARI LALLA ZAHRA

$984,00 \times 3 = 2952,00$


XARELTO 20

1cp a 12h

XARELTO 20 mg ○
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

XARELTO 20 mg ○
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

XARELTO 20 mg ○
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808




Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél. 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

صيدلية مطا، انفا
Mme LAMNIAI Brigitte
Pharmacie de l'Aéroport d'Anfa
2 bis, Bd. Sid. Abd. Chmane
Tél : 39.06.36 - Casablanca

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : LAMDAGHRI Vne ZOUGGARE LALLA ZAHRA

Présente une Fibulation Artérielle sous Anticoagulant

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Déclaration de Maladie : N° P19-0002406

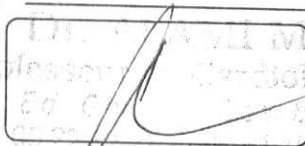
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 AOÛT 2010
 Nom et prénom du malade : LAMDAOURI Mr ZEUGGAR LALLA ZAHRA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : FA sous anti Coagulant
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0002406

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Fiche de Consultation du 06/08/2019

LAMDAGHRI Vve ZOUGGARI LALLA ZAHRA

Terrain Atopique: NON

Regime

Poids 72 Kg

Indice de Masse 28,1 (Norme: 20 à 25)

Risque CV %

Medicaments Prescrits

TA 140 / 70 mmHg

Frequence Card 95 c/mn

XARELTO 20

Examens Demandés

Radiologie

Biologie

Avis

Notes

Prochain RV 05/11/2019 15:00:00

Os+Elio

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : lamdaghri vve zo Sgari lalla z Female

Age : 77Y

Clinique N :

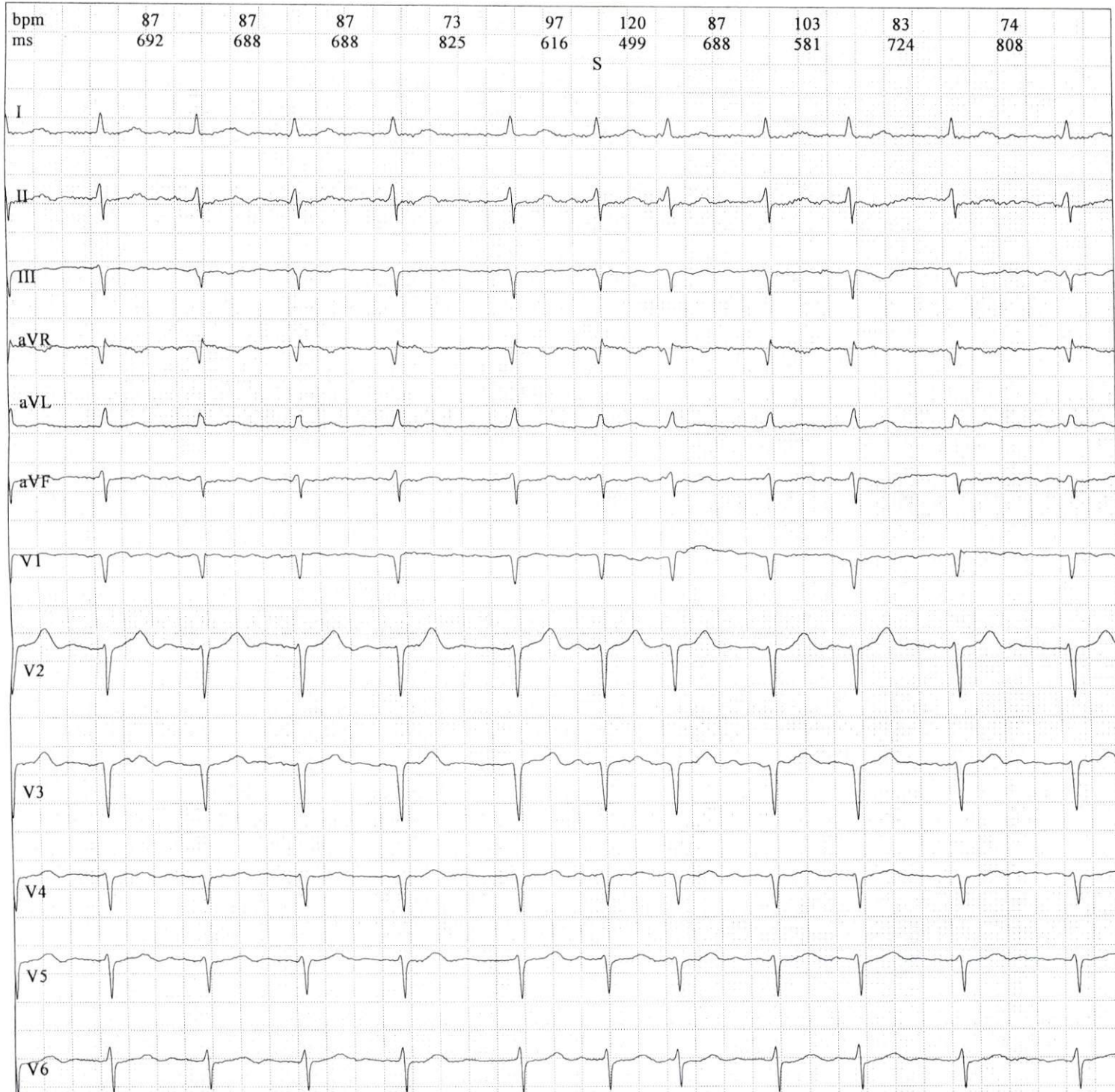
Section :

SN : 0009029

Case No. :

Lit No. :

Date : 06/08/2019 13:50:14



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	11s	QT Interval:	351 ms
HR:	95bpm	QTc Interval:	441 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	77 ms	QRS Axis:	-27.50°b
T Interval:	185 ms	T Axis:	-5.90°b

Prompt:

Signature Medecin :