

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 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 tous les 6 mois.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0047706

145487

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5030 Société : Royal AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABDELALI SAMIA
Date de naissance : 06/05/1961
Adresse :
Tél : 0661 94 1110 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17 / 1 / 2023
Nom et prénom du malade : ABDELALI Samia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : Casablanca Le : 18 / 01 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : Samia

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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
17/12/23	Surcote - 15%		6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Familles Angé Rues de Normandie et Imam Tabaragi Casablanca - Tél: 0522.25.05.60	27/01/2023	630,60 INPE: 092028174

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

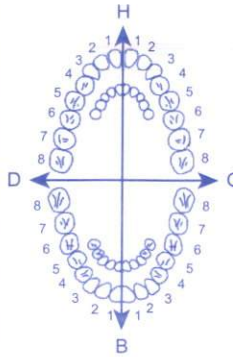
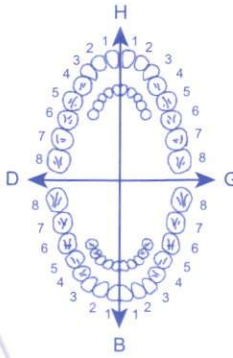
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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

Cabinet de cardiologie et d'exploration cardio-vasculaire

Dr. CHIBANI Mostafa
CARDIOLOGUE

Ex Enseignant à la faculté de médecine de
Casablanca

Et à l'Hôpital Averroes

Echographie Doppler du Cœur des Artères et des Veines

Réadaptation Cardio-Vasculaire

Epreuves D'Effort

Holter Tensionnel et ECG

Attaché au centre Hôpitalo Universitaire de BORDEAUX

Membre de la société EUROPEENNE de Cardiologie

Membre de la société Française de Cardiologie.

الدكتور شيباني مصطفى

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء -

معلق بالمركز الاستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 17-01-2023

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : ABDELALI

Prénom : Samia

Régime peu sodé

1- ZOFENIL plus 30/12,5mg : 1cp/j le matin

2- EXTRAMAG : 1cp/j le soir (x4-05).

TRAITEMENT A SUIVRE REGULIEREMENT
ET A RENOUELER SELON LES BESOINS
PENDANT UNE PERIODE DE ... MOIS



Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Tel: 0522 22 66 64 / 0522 22 66 65
Fax: 0522 22 66 64
E-mail: murchibani@gmail.com
ICE: 001668263000013

LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angle Rue
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tél: 0522 22 05 67

231, Bd Bir Anzarane. Maârif. Casablanca.

0522-22-66-66/65 FAX : 0522-22-66-64, en cas d'urgence appelez le 061 14 78 94

E-mail : cabinet_drchibani@live.fr

ICE : 001668263000013

157.90^{x4}

631.60

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

ABDELALI, SAMIA

ID:

D-naiss:

0ans,

17-Jan-2023 17:07:18

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

Fréq.Resp: 68 BPM

Int PR: 171 ms

Dur.QRS: 90 ms

QT/QTc: 376 / 394 ms

Axes P-R-T: 53 43 40

