

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 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° W21-722662

132389

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2512 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUHATTAT Ahmed
 Date de naissance : 03/03/1952
 Adresse :
 Tél. : 06 66 55 55 31 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 13/04/2022
 Nom et prénom du malade :
 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/22	1365,60

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

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Dr. Abdessamad Dahreddine

**Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux**

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب

و الشرايين بجامعة باريس

رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين

بمستشفى ابن سينا بالرباط

13.07.2022

Casablanca, le

Mr BOUMHAMDI Ahmed

$$151,60 \times 3 = 454,80$$

1 SULIAT 5MG /80MG CP

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$$72,00 \times 3 = 216,00$$

2 DETENSIEL 10 mg cp pellic séc : Plq/30

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

3 ZYLORIC 100 mg cp : B/28

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$$208,00 \times 3 = 624,00$$

4 TAHOR 80mg cp pellic : B/28

1 Comprimé le soir, pendant 3 mois.

$$23,60 \times 3 = 70,80$$

5 CARDIOFLEX CP 100MG

1 Comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

$$T = 1365,60$$

Am Dah

DR. A. DAHREDDINE
Cardiologie Interventionnelle
Casablanca
GSM.: 0666 54 35 06

PHARMACIE ANISSA
312 Lot Zoufir
Casablanca
Tél.: 05 22 86 34 94



رواق عبد المومن 202، شارع عبد المومن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - 06 88 16 06 51 - 05 22 86 04 63 - المستعجلات : 06 66 54 35 06

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

P : 06 88 16 06 51 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

PPV: 208DH00

6 118001 170807

TAHOR® 80 mg
Atorvastatine

TAHOR 80MG 28 CPS
P.P.V : 208DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

TAHOR® 80 mg
Atorvastatine

PPV: 208DH00

6 118001 170807

TAHOR® 80 mg
Atorvastatine

23,60

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés

6 118000 360339

23,60

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés

6 118000 360339

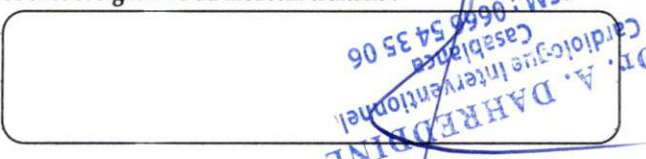
23,60

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés

6 118000 360339

PHARMACIE ANISSA
317 Lot Zoubir
Casablanca
Tél: 05 22 89 24 94

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BOUMHAMED <i>Amel</i>
Matricule :	2512 N° CIN : B 183 295
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>Cardiopathie ischémique + HTA + Diab</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Sulmo 140/80, Dénitel 100, Zymel 100, Talon 80, Cardiflex 50</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 13/01/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

BOUY HAMDE Ahmed

Dr DAHREDDINE A.

ECG

Nom :

Sex :

Age :

Clinique N :

Section :

SN : 0001299

Case No. :

Lit No. :

Date : 13/07/2022 14:26:6



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--	
FC:	57bpm	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

Signature Medecin :