

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 (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° W19-424513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678 Société : L.A.M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : MANRI Zahida  
 Date de naissance : 22 Août 1945  
 Adresse : 27 Jbn Bouiboune Appt 4 AGDAL / RABAT  
 Tél. : 0661 223402 Total des frais engagés : 694,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :

19 / 09 / 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
19/09/19	ORL	30000	518	INPE : 101021011 Dr. Maria BERNOUSSI Cardiologue 6, Zankat Honayn Agdal, Rabat Tel.: 05 37 67 21 18 / 37 - 05 37 67 11 33 Fax: 05 37 67 11 53 - GSM: 06 61 34 33 40
20/09/19	ORL			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MICHILIFE 2, Av. Michilife, Agdal, Rabat Tel.: 05 37 67 21 18 / 37 - 05 37 67 11 33 Fax: 05 37 67 11 53 - GSM: 06 61 34 33 40	19/10/19	392,50

# 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
		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'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																	
	<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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



**CENTRE DE  
CARDIOLOGIE**

## EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

ADULTE

ENFANT

**Dr. Maria BERNOUSSI**

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Diplômée de Biochimie clinique  
de l'Université de Besançon  
Ancienne Attachée au Service de Cardiologie de  
l'Hôpital Avicenne

Rabat, le 19 septembre 2019

Madame MAMRI Zoubida



131.50 DH  
- Régime modérément salé, délipidé ;  
- TAREG 80 mg  
- MAGMINE B6

1 comprimé par jour le matin ;  
1 comprimé par jour le soir.

Traitement de trois mois.



**Docteur Maria BERNOUSSI**

N° ICE : 001579478000047

Identification Fiscale : 520085

Code INPE : 101031011

**Dr. Maria BERNOUSSI**  
Cardiologue  
6, Zankat Honayn - Rabat  
Tél.: 05 37 67 21 18 / 37  
Fax : 05 37 67 11 53

TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.


Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants



6118001030316

TAREG 80 mg ○

53

 NOVARTIS  
PPV : 131,50 DH

1130178-A17-MA

EXP

LOT

05 2021

BDL30

4045



MAMRI

Zoubida

AE 85

..... Féminin

Age: ..... B

..... cm / 76 kg

FC: 81/min

Intervalles:

RR 742 ms

P 92 ms

PQ 136 ms

QRS 80 ms

QT 368 ms

QTc 428 ms

Axes:

P 36 °

QRS -24 °

T 68 °

P (II) 0.12 mV

S (V1) - mV

R (V5) 0.25 mV

Sokol. 0.26 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF S85 Je 19-SEP-19 10:05:51

AT-102 1.37 Mm