

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aliou Ben Abdellah - 6ème Etage, Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Aliou Ben Abdellah - Quartier 97 de l'Hercule - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 20 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-442233

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2321** Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **CHOUINI MOHAMED**
Date de naissance : **1952**
Adresse : **HAY BOUGHAZ RUE 8 N° 6 TANGER**
Tél : **06 74 38 01 87** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZOUAKI Ahmed
CARDIOLOGUE
Tél : 05 39 94 30 33
N°P : 161 142 781

Date de consultation : **21/01/2020**
Nom et prénom du malade : **N° CHOUINI Mohamed** Age :

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

Nature de la maladie : **Maladie Cardiovasculaire - HTA**
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 : **ACCUEIL** Le :

Signature de l'adhérent(e) : **CHOUINI**



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
21/02/20	V2 + E.C.G	V1 + 1.50	300	INP: 161142781 Dr. ZOUAKI Ahmed CARDIOLOGUE TEL: 05 39 34 30 33 INP: 161 142 781 TEL: 05 39 34 30 33

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية بروقانس PHARMACIE Provence Av. de Provence N°38 Hay Atlantic Bank - Tanger Tél: 0539 95 98 94	21/1/20	177.30

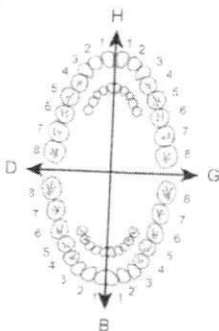
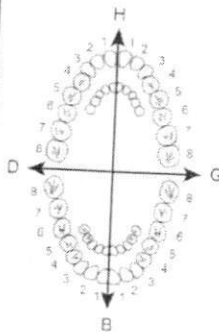
[illegible][illegible]

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'O.D.F.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed ZOUAKI

Cardiologue

Spécialiste des maladies du coeur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse (France)
Echographie doppler couleur du coeur et des vaisseaux
Epreuve d'effort - Holters tensionnel et rythmique

الدكتور أحمد الزواقي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
خريج كلية الطب بجامعة تولوز (فرنسا)
الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية والدوبلير بالألوان
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية المغربية

طنجة في 21 / 11 2020

Dr. CHEOUNI, Mohamed

44.00 x 3 Celéno 6, 2 (diurnal) 1. ب. القدر
03 mois Lastex 40 1. ب. القدر
4.5.3.0 Pnézar 20 + (n) 2. ب. القدر
177.3.0 AS Mandi 20 3. ب. القدر
+ Ventoline spray (n) 4. ب. القدر

صيدلية بروفانس
PHARMACIE Provence
Av. de Provence N°38
Hay Atlantic - Tanger
Tél.: 0539 95 95 94

Dr. ZOUAKI Ahmed
- CARDIOLOGUE
Tél: 05 39 94 30 33
INR: 161 142 781
ICE: 001703147000015

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45.30 DH

GlaxoSmithKline
Région de Rabat
Ain El Aouda
Maroc

CELENO® 6,25 mg

30 comprimés



6 118000 400059

,25



44,00

30



قرصا - عن طريق الفم

سيلينو®
كارثيديلول



PHARMIS

LOT N° :
EXP :
PPV :

501257c

CELENO® 6,25 mg
30 comprimés



6 118000 400059

,25



44,00

30



قرصا - عن طريق الفم

سيلينو®
كارثيديلول



PHARMIS

LOT N° :
EXP :
PPV :

501257c

CELENO® 6,25 mg
30 comprimés



6 118000 400059

,25



44,00

30



قرصا - عن طريق الفم

سيلينو®
كارثيديلول



LOT N° :
EXP :
PPV :

501257c

