

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothèse 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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0030302
 ND: 30850

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : 119 HAY ALWAKDA ELALIA - 20830 Mohammedia
 Tél. : 0523285375 Total des frais engagés : 840,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2022
 Nom et prénom du malade : Mme ZEGGANI RAHMA née le 11.1945
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : 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 : Mohammedia Le : 19/06/2022
 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
19/16/2020	es		300M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/16/2020	540,90

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

Mle 00450

Declaraton de Maladie : 840, 90
N° P19 - 0030302



valable 3 mois

Le 19/06/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle , Mme, M. : ZEGGANI RAHMA	
Présente	
Nécessitant un traitement d'une durée de : 6 mois	
Dont ci-joint ordonnance : 19.06.2020	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

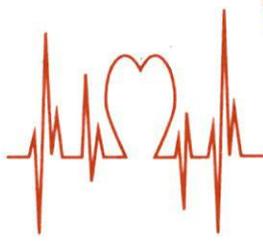
DI. TAJAOUI ABDERRAHIM
 104 Mohammed VI
 0522 22 78 15
 mohammedia
 091127779

Dr Abderrahim TAJAOUI
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
 Spécialiste des Maladies du cœur et Vaisseaux
 Exploration Cardio-Vasculaire
 ECG-HOLTER TENSIONNEL
 HOLTER RYTHMIQUE-ECHO-DOPPLER
 CARDIAQUE - EPREUVE D'EFFORT

الدكتور عبد الرحيم تجوي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
 خريج كلية الطب بباريس
 الفحص الأي للقلب و الشرايين
 استكشاف الضغط و ايقاع النبضات
 الفحص بالصدى للقلب



19.06.20

Mohammedia, le : : في المحمدية،

F. S. ...
819-0030302

Yebbari PHARMA

PPV : *34,20*
 LOT :
 PER :

PPV : *34,20*
 LOT :
 PER :

PPV : *34,20*
 LOT :
 PER :

34,20 x 3
58,10 x 3

COORIX 1,5 *1/4* *MATIN*

CARDENSIEL 5 *1/2* *4* *4*

T2 LC 3 mg

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

PHARMACIE EL HASSANIA
 N°105 Bd. Mohamed V
 Résistance
 BORDJ - ALGERIE
 Tél. 03 31 23 78 61

Dr. TAJAOUI ABDERRAHIM
2 Bd. Mohammed V - Mohammedia
05 23 31 23 23
05 23 32 44 00

Sur rendez-vous **بالموعد**

1800⁰⁰ fluoxet (B.V.) 192 wll m ATIN
29776

840 mAGrof 14 dlk

Trin 14 3 mes
5409⁰⁰

Dr. TAJAOUI ABDERRAHIM
28d, Moham...
27719

PHARMACIE EL MASSOUBIA
165 Bd de la Résistance en Pharmacie el Ala
Tel. 023 28 78 61 MOHAMMEDIA
Najat BERRI EN LABORATOIRE
180,00

LOT 200684 1
EXP 03 2023
PPV 180.00

Lot : 670VAA
Exp : 03 / 2022
PPC : 84 DH

ECG

Zeggani RAHMA

NOY ZEGGAN RAHMA

CABINET DE CARDIOLOGIE- MOHAMMEDIA

- Tel 0523312323

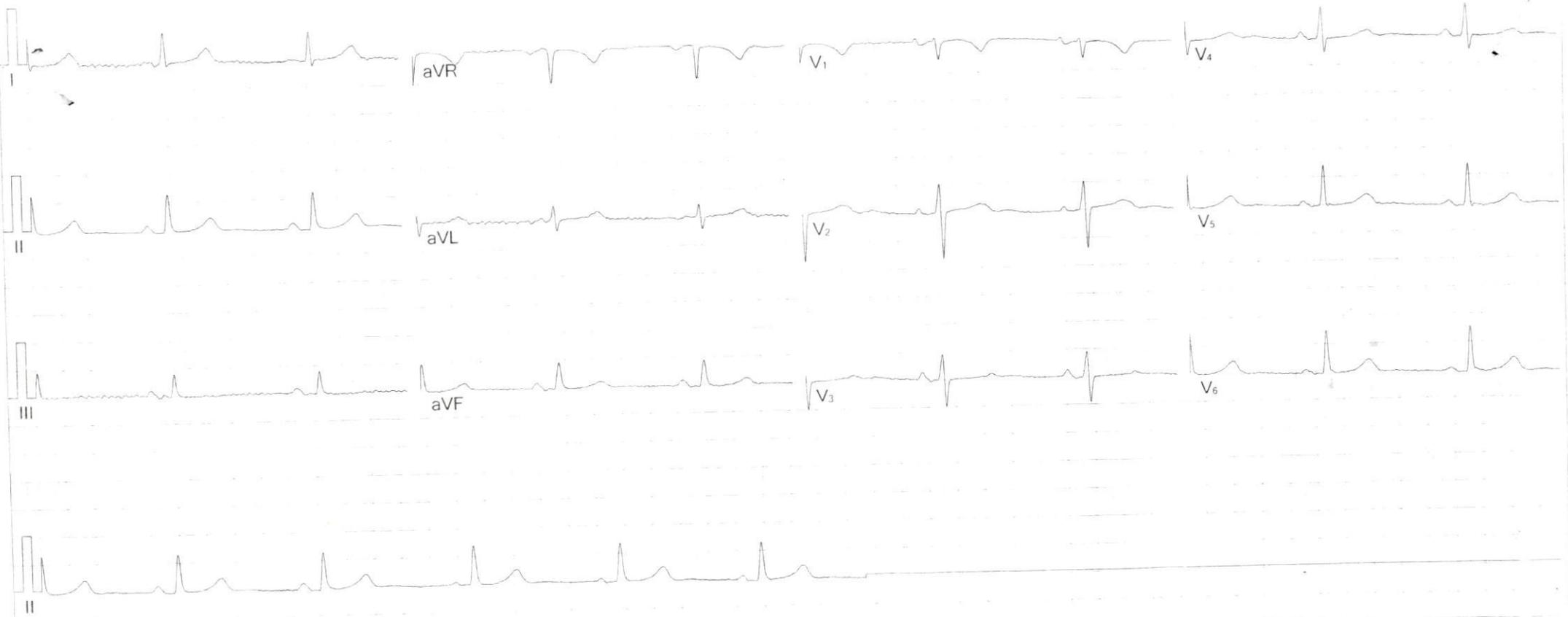
Centre Familial 411 15000 011 311314945

Date et l'heure: 19-06-2020 11:43

Médecin Référent: ABDERRAHIM TAIAOUI

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	436 ms
Durée Echantillon :	6 s	Intervalle QTc :	436 ms
FC :	58 bpm	Axe P :	42.5°
Durée P :	118 ms	Axe QRS :	61.2°
Durée QRS :	73 ms	Axe T :	36.0°
Durée T :	333 ms	RV5/SV1:	0.74/0.31mV
PQ Interval :	153 ms	RV5+SV1:	1.06mV

Suggestion :

Signature Médecin: