

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-549953

51236

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3057 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAGGUI MOHAMED

Date de naissance : 04-06-1958

Adresse : HABITUELLE

Tél : 06 99 83 26 63

Total des frais engagés : 964,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : RAGGUI MOHAMED

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

Nature de la maladie : HTA Dyslipidémie

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 : 2084 le 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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 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

25-11-2020		2+146	300	091057851

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25/11/2020	664,50

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

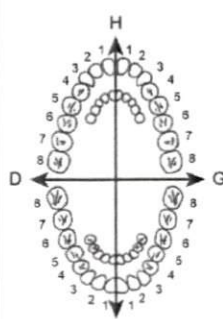
		Nombre				
		AM	PC	IM	IV	

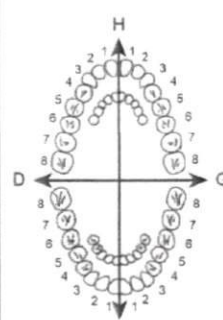
RELEVÉ DES FRAIS ET H

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP
				

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table><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	
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot n°: EXP: PPV: 255 DH 00

Lot n°: EXP: PPV: 255 DH 00

KARDEGIC 160MG SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 20E016
PER: 11/2021
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 20E014
PER: 11/2021
6 118001 081189

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. EL MAKLOUF ALI
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Présente

HFA, Dyslipidémie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

voir ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. EL MAKLOUF ALI
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 25/11/2020

Mr RAGGUI Mohamed

1 - TENORMINE : 1/2 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRETER.

2 - KARDEGIC 160 : 1 SACHET A MIDI TOUS LES JOURS
TTT POUR 6 MOIS

3 - ROSUVAS SUN 20 mg:
1 LE SOIR SANS ARRET

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55, 59 - 05 22 47 26 89

Pharmacie Shammal
27, Bd. des FAR Al Wahda
- BERRICHID -
Tél.: 0522 53 39 68

Pharmacie Shammal
27, Bd. des FAR Al Wahda
- BERRICHID -
Tél.: 0522 53 39 68

83,10

35,70x2
= 71,40

255,00

X2 = 510,00

664,50

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89

Fax : 05 22 22 62 97

Dom : 05 22 79 85 32

25/11/2020

NOTE D'HONORAIRE

Mr Mohamed RAGGUI .

Consultation + ECG.....: 300,00 DHS.

La présente facture est arrêtée à la somme de 300,00 DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
2020

Nom: RAGGUI MOHAMED
Numéro: RAGGUI MOHAMED
M ou Mme: Masculin
né le: 04/06/1958 62 années

Enregistré: 25/11/2020 13:02:41
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

P / PQ: 135 ms / 170 ms
QRS: 102 ms
QT/QTc/QTd: 410 ms / 412 ms / -
Axe P/QRS/T: 64° / 63° / 69°
Rythme cardiaq 61 bpm

Dr. EL MAKHLOUF AL
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 8

