

# 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 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

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

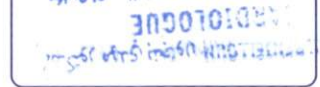
M22- 0044937

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RHOUFACHA Aloueddine  
Date de naissance : 01/01/1957  
Adresse : CHERAM IMM 77 APB3 Pte 20VLF  
ATTADMAN CASN  
Tél. : 0674732292 Total des frais engagés : 750,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : ..... / ..... / .....  
Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : CARDIOPATHIES  
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
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 : 20/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT



# 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
29/11/2022		2	gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/01/2023	CC 750	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : ..... 17/11/2022 .....

Nom et Prénom : .....

**RHOUFACHA Nouredine**

**PATIENT HYPERTENDU DIABETIQUE AVEC ATCD D  
ANGIOPLASTIE**

**CONTROLE EPREUVE D EFFORT**



الدكتور مهدي بنجلون  
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - El Oulfa - Casablanca  
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

زقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

**CLINIQUE BELLE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. RHOUFACHA NOUREDDINE

Séjour : Du 20/01/2023 au 20/01/2023

**FACTURE**

202300240

Du : 20/01/2023

Etablie par : B. Fatimazahra

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
EPREUVE D'EFFORT	1	750,00	750,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>750,00</b>

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arretée la presente facture à la somme de SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

	<b>Patient</b>
<b>Total TTC</b>	750,00



ID:	2ème ID:	ID Admission:
-----	----------	---------------

DDN: 01/01/1957	Taille:	Sexe: Homme
Age: 66 Ans	Poids:	Ethnie: Inconnu

Indications	Médications
-------------	-------------

Médecin traitant: DR BENJELLOUN	Site:	Type de Procédur
---------------------------------	-------	------------------

Signé par:	FMT: 131 bpm 85%	Cause de fin:
Opérateur:	Max HR(%MPHR): 133 bpm 86	Symptôme:

Diagnostic	Notes
------------	-------

Conclusions

EPREUVE D EFFORT POSITIVE SUR LE PLAN CLINIQUE ET LECTRIQUE ARRETEE AU 2 EME PALIER DEVANT LA DOULEUR ET L APPARITION D UN SOUS DECALAGE EN INFERIEUR  
BONNE ADAPATATION DE LA FC ET DE LA TENSION ARETERIELLE A L EFFORT  
QUELQUES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRE NON PERSSITANTE A LA PHASE DE RECUPERATION

EPREUVE D EFFORT MAXIMALE POSITIVE SUR LA PLAN CLINIQUE ET ELECTRIQUE A COMPLETER PAR UNE CORONAROGRAPHIE

Revu par:

RAPPORT NON CONFIRME

Signé par:

Date: