

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-786422

175047



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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2129		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : EL KASCHAoui Mohamed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr EL OUASSI Brahim Spécialiste en Anesthésie Réanimation Consultation et Exploration Cardio-vasculaire Tél: 0522336366 3086936801			
Date de consultation : 06/09/2023	IN 23.10.13	Age:	50 ans
Nom et prénom du malade : Soltani Bouhdane		Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Oxygénase + grippe		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) :



RELEVE 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
06/09/23	CS	3000	INP : 1690492120	Dr. EL QUASSI Brahim Spécialiste Anesthésie Réanimation Consultation et Exploration Cardiovasculaire Tél: 0522355111 08936001

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Alia Cité Al Waha Med N°4 et 5, Bld Copaux N°422 32 48 38 Tél : 05 22 32 48 38	06/09/23	570,75

ANALYSES - RADIographies

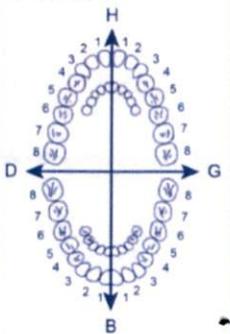
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

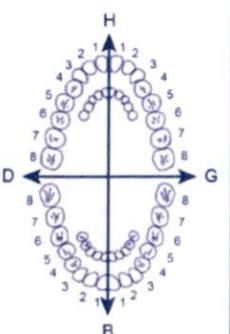
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Brahim ELOUASSI

Laureat de la Faculte de Médecine de Casablanca
 Diplôme de Spécialité en Anesthésie & Réanimation
 de la Faculté de Médecine de Rabat
 Ancien Médecin Attaché aux Hopitaux Universitaires
 d'avicenne de Rabat

Ancien Médecin des Forces Armés Royales
 Cabinet de Consultation et d'Exploration
 Cardio Vasculaire



161049770

الدكتور ابراهيم الواسي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
 حاصل على دبلوم التخصص في تشخيص
 الطبي - الجراحي و علم التخدير بالرباط
 طبيب مقيم بمستشفيات الجامعية
 ابن سينا بالرباط
 طبيب مقيم بالقوسات المساعدة الملكية
 عيادة تشخيص و استكشاف أمراض
 القلب والشرايين

M^o - Sidi
 Bouzid

ORDONNANCE

Berrechid, le : 06/09/2023

36,30

1. flogyc 200 oral
 1 oral de J.

(SV)

36,30

30,70

2. karbagi 25

(SV)

13,40 x 2 = 1 sachet J.

3. levthyrox 50
 1 sachet J.

6,80

4. levthyrox 25
 1 sachet J.

264,00

Pharmacie Alia Power

3d Med V. Cite Al Wanda
 Locaux N°4 et 5 . Berrechid

Tél : 05 22 32 48 38



06

LOT: 2101003
 FAB: 01/2021
 EXP: 01/2024
 P.U.C: 264.00DH

ق

6 118001 102006
 Levthyrox® 25 µg.
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

2 33 63 30

124,00

Sodav 1g / 2x

SV

LOT 221008 1
EXP 03 2024
PPV 124.00 DH

40,00

Isolone 20

SV

40,00

1cp x 2 G

2cp G

27,50

Phisufex 10

SV

27,50

1cp x 2 G

14,60

Doliprane 1000

SV

PPV
LOT
PER

= 570,70

Pharmacie Alla
3d Med V. Ché AI Wanda
Locaux N°4 et 5. Berrechid
Tel : 05 22 32 48 38

14,60
PPV 14 DH 6 0
PER 02 / 26
LOT M 575

M. EL QUASSI Brahim
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Consultation et Exploration Cardiovasculaire
Tél: 0522 32 48 38

2023-9-6 15:00

Auto ID:03918

Sexe: âge:

Nom:

++++ Analyse le résultat +++++

Fréq. Ventricul.

102 ppm

8120 Tachycardie sinusale

Intervalle PR

130 ms

53 ' Anomalie non spécifique de onde T(V5) (V6)

Duración QRS

104 ms

724 RSR en conduite V1/V2, avec un retard de conduction ventriculaire droite

Intervalle QT/QTC

341/ 444 ms

54 Dépression du segment ST(aVF) (V5)

Axe P/QRS/T 0/ 6 / 19 °

1014 == ECG abnormal ==

Tension RV5/SV1 2.06/ 0.82 mV

Tension RV5+SV1 2.88 mV

Rapport non confirmé revu par : - - - Hôpital:dr elouassi