

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

- 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

M23-003565

17/9/10

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7963 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKILI AHMED

Date de naissance : 1948 - MARA

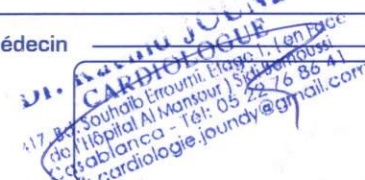
Adresse : 177 TRIK RUE 32 N 9

BERNOUSI - MARA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 SEPT 2023

Nom et prénom du malade : AKILI AHMED Age :

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

Nature de la maladie : 177

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 : / /

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
16 SEP 2023	CNECG		300dh	Dr. KARIM EL KARBI 417, Bd. Souhail El Morsoui / Sidi El Morsoui Casablanca - Tél: 05 22 78 22 78 Spécialité: Cardiologie - Cardiologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



12/19/23

1304,50

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

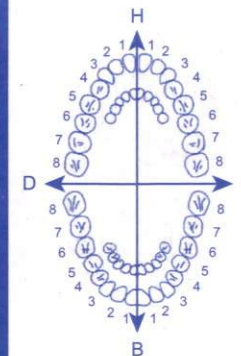
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué, la nature des soins et le matériel utilisé.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

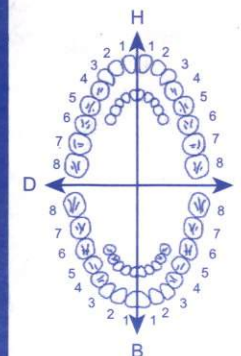
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

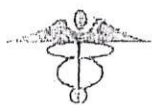
DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 22.06.2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné
Certifie que Mlle, Mme, M. <u>AKILI Ahmed</u>
Présenté <u>DA</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<u>longue durée</u>
Dont ci-joint l'ordonnance: <u>Amli S. , Cardiv Aspirine</u>
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

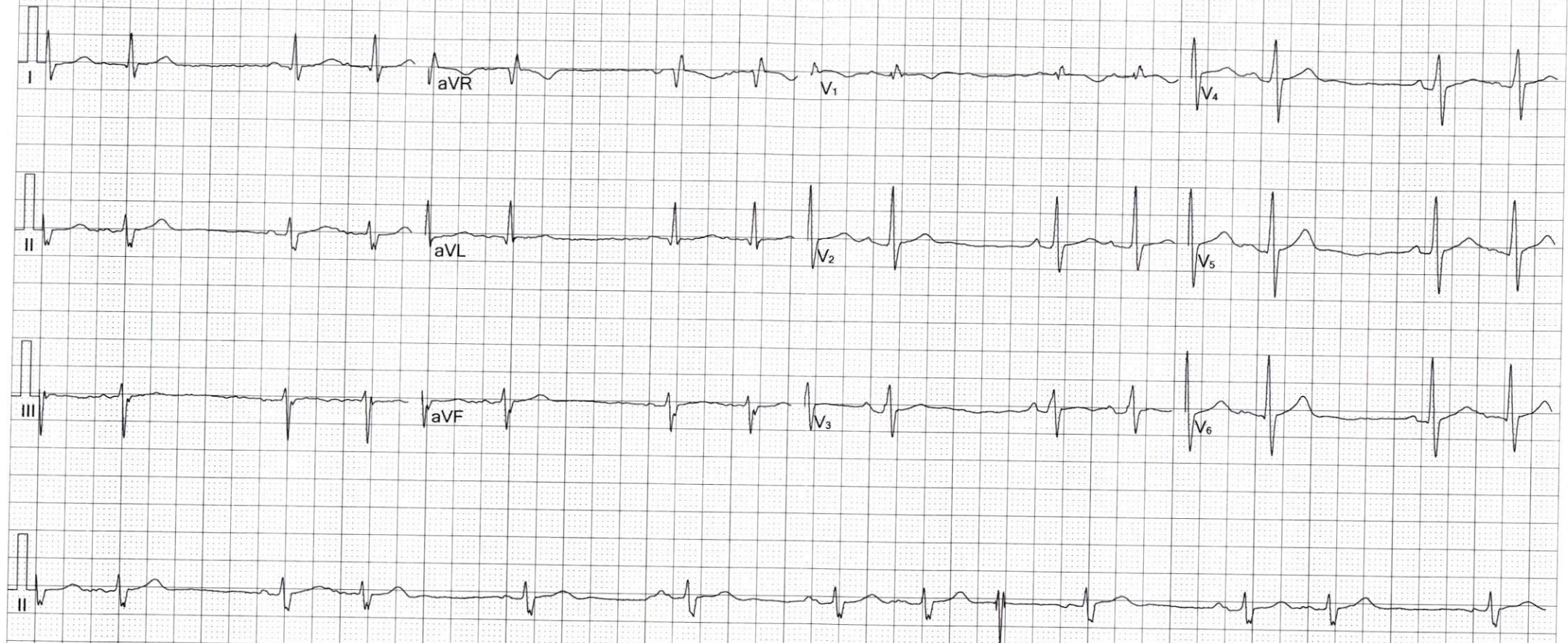
Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

15/6
A = 10

NOM: AKILI AHMED ID : Genre : Age : 0 DOB : 18-09-2023 Date Test: 18-09-2023 08:18
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr Rachid JOUNDY

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz	Interval. PQ: 183 ms
Durée ECG: 14 s	Interval. QT : 378 ms
FC : 68 bpm	Interval. QTc : 402 ms
Durée P : 101 ms	Axe P : 18.1°
Durée QRS : 97 ms	Axe QRS : -58.0°
Durée T : 251 ms	Axe T : 39.4°

Suggestion :

Signature Médecin:

Dr. Rachid JOUNDY
CARDIOLOGUE
117, Bd. Souk El Agha, 1er étage, 10000 Tunis
Tél: 05 22 76 86 41
Email: rachid.joundy@univmed.tn

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

DOCTEUR Rachid JOUNDY

Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux

Echo-doppler, Couleur Cardio-Vasculaire
Holter Teknionnel et Rythmique

Epreuve d'Effort

Sur Rendez-vous



NFE: 091047357



الدكتور رشيد جندي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير

الهولتر - تخطيط القلب

أثناء المجهود

بالموعد

Casablanca, le :

18/09/2023



AKILI AHMED

- Cardioaspirine 100 mg
1 Comprimé, midi, pendant 8 mois
- Artemon 5/5 mg
1 Comprimé, matin, pendant 7 mois
- Dolamine
1 Comprimé, matin, soir, pendant 5 jours

Dr. Rachid JOUNDY
CARDIOLOGUE
417, Bd. Souhaïb Erroumi, 1^{er} Etage (en face
de l'Hôpital Al Mansour) - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tel: 05 22 74 96 41
Fmk



417 ، شارع صهيب الرومي الطابق الأول (أمام مستشفى المنصور) - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

417, Bd. Souhaïb Erroumi, 1^{er} Etage (en face de l'Hôpital Al Mansour) - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف : 05 22.76.86.41 البريد الإلكتروني : E-mail : cardiologie.joundy@gmail.com

ARTEMON®

Péridopril arginine / Amlodipine

5/5

ملغ mg

أرتيمون®

بريل أرجينين / أملوديبين

30

Steripharma

ARTEMON®

Péridopril arginine / Amlodipine

5/5

ملغ mg

أرتيمون®

بريل أرجينين / أملوديبين

30

Steripharma

ARTEMON®

Péridopril arginine / Amlodipine

5/5

ملغ mg

أرتيمون®

بريل أرجينين / أملوديبين

30

Steripharma

ARTEMON®

Péridopril arginine / Amlodipine

5/5

ملغ mg

أرتيمون®

بريل أرجينين / أملوديبين

30

Steripharma

ARTEMON®

Péridopril arginine / Amlodipine

5/5

ملغ mg

أرتيمون®

بريل أرجينين / أملوديبين

30

Steripharma

LOT N°:
EXP :
pPV :

LOT N°:
EXP :
pPV :

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

كارديو أسبرين 100 م

حمض أسيتيل ساليسليك

كارديو أسبرين 100 م

حمض أسيتيل ساليسليك

قرص لا يتأثر بحموضة المعدة