

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

- Reclamation : 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

M23-003565

MX 910

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1963	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AKILI AHMED			
Date de naissance : 29/11/1948 - CASA			
Adresse : Hay Thalib Rue 32 n° 9, BERRECHOUSSI, CASABLANCA			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



18 SEPT 2023

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 : HT

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) :



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
Sept 2023	CAECG	300	26	Dr. Rachid CARHOU - Cardiologue 417 Bd. Souhaïb Erroumi - Casablanca - Maroc de l'Hôpital Al Mansour - tél: 05 22 18 22 18 Email: cardiologie.jouday@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TARIK Dr. NABIL en pharmacie 05 22 73 21 98 Sidi Bernoulli	13/9/23	130450

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

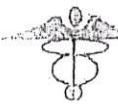
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et la nature de la prestation. Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que l'original 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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	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
Dr Rachid JOURDY
CP RD 10 LC GUE
111, av. Souhaib Erroumi
Sidi Bernoussi Casablanca
522763641 GSM: 0661455521

Certifie que Mlle, Mme, M^e A KILI Ahamad

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de:

longue durée

Dont ci-joint l'ordonnance: Ambrox, Sanduv, Aspirin

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

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

SIEGE SOCIAL : AÉROPORT 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

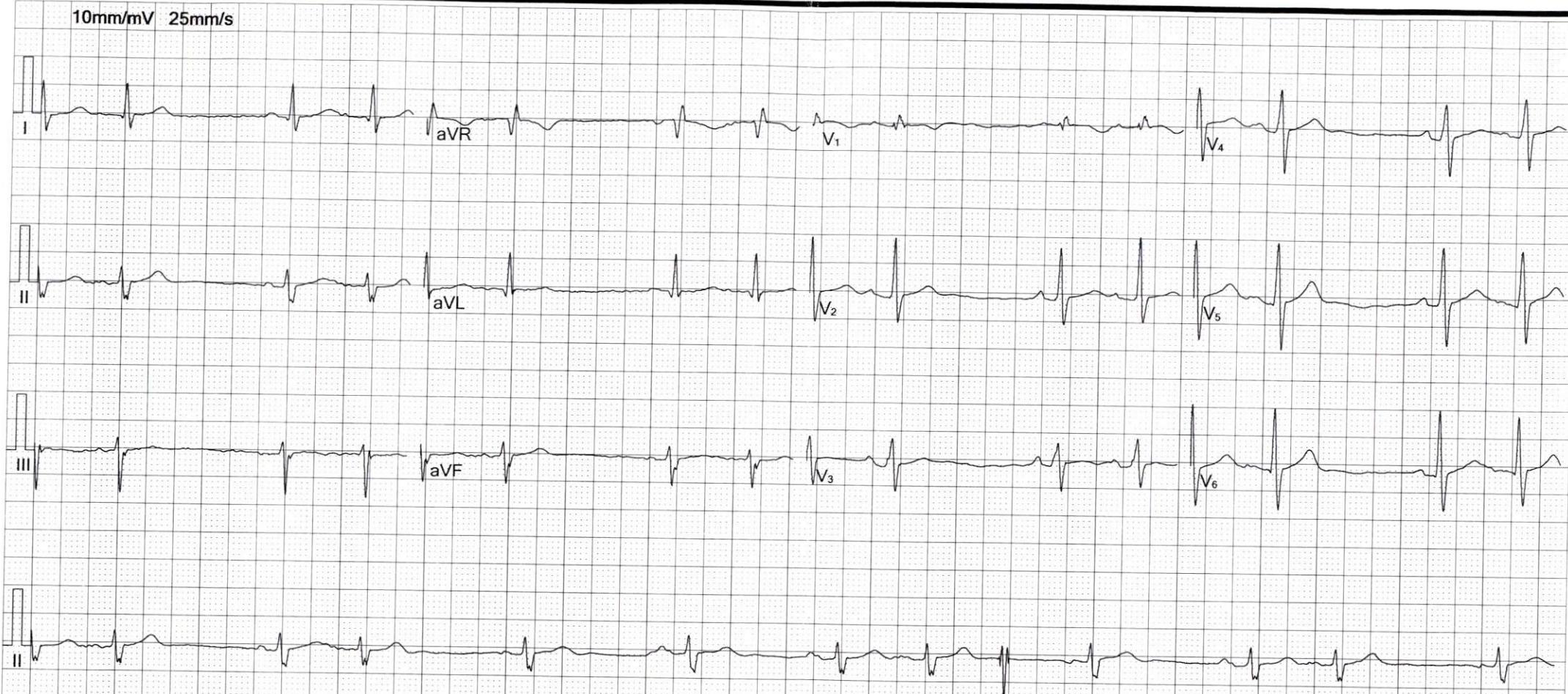
X-NP-
X-NP-

ECG

Dr Rachid JOUNDY

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:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Dr. Rachid JOUNDY
417 Bd Sidi Abdellah - Casablanca - Maroc - Tel: 06 22 76 86 41
Casablanca - Maroc - www.rachidjoudy.com

DOCTEUR Rachid JOUNDY

Spécialiste des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Echo-doppler Couleur Cardio-Vasculaire
Holter Tensionnel et Rythmique

Epreuve d'Effort

Sur Rendez-vous



NPE : 091047357



الدكتور رشيد جندي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبليير
الهولتر - تخطيط القلب

أثناء المجهود

بالموعود



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
- Dolamihe
1 Comprimé, matin, soir, pendant , 5 jours

1304,50

Dr. Rachid JOUNDY
CARDIOLOGUE
417, Bd. Souhaïb Erroumi, Flage 1, 1^{er} Etage
de l'Hôpital Al Mansour | Sidi Bernoussi
Casablanca - Tel: 05 22 76 86 41
Email:



417 ، شارع صهيبي الرومي - الطلاق الأول (أمام مستشفى المنصور) - سيدى 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 : cardiologie.joundy@gmail.com



LOT N.:
EXP.:
PPV.:

1544 Text cool