

## 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.

N° W19-417414

ND: 13766

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1938		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUZINE SLIYANE			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : 219, Route Gendarmerie - Taza CASA 22 4 NOA			
Tél. : 06 60 30 14 28		Total des frais engagés : 2365 90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR. Saad SOULAMI PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE 156, Rue Mustafa El Maâni Casablanca 20000			
Date de consultation : 20/12/19			
Nom et prénom du malade : OULDRINE SLIYANE			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Afec fl			
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 : CASABLANCA  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 24/12/2019



## 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
20/12/2014	Opérations	1	200	INP 00000000000000000000000000000000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Laylat 21 Marrakech Marrakech / Tel. : 93.20.26 - Casablanca	20/12/19	2065.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

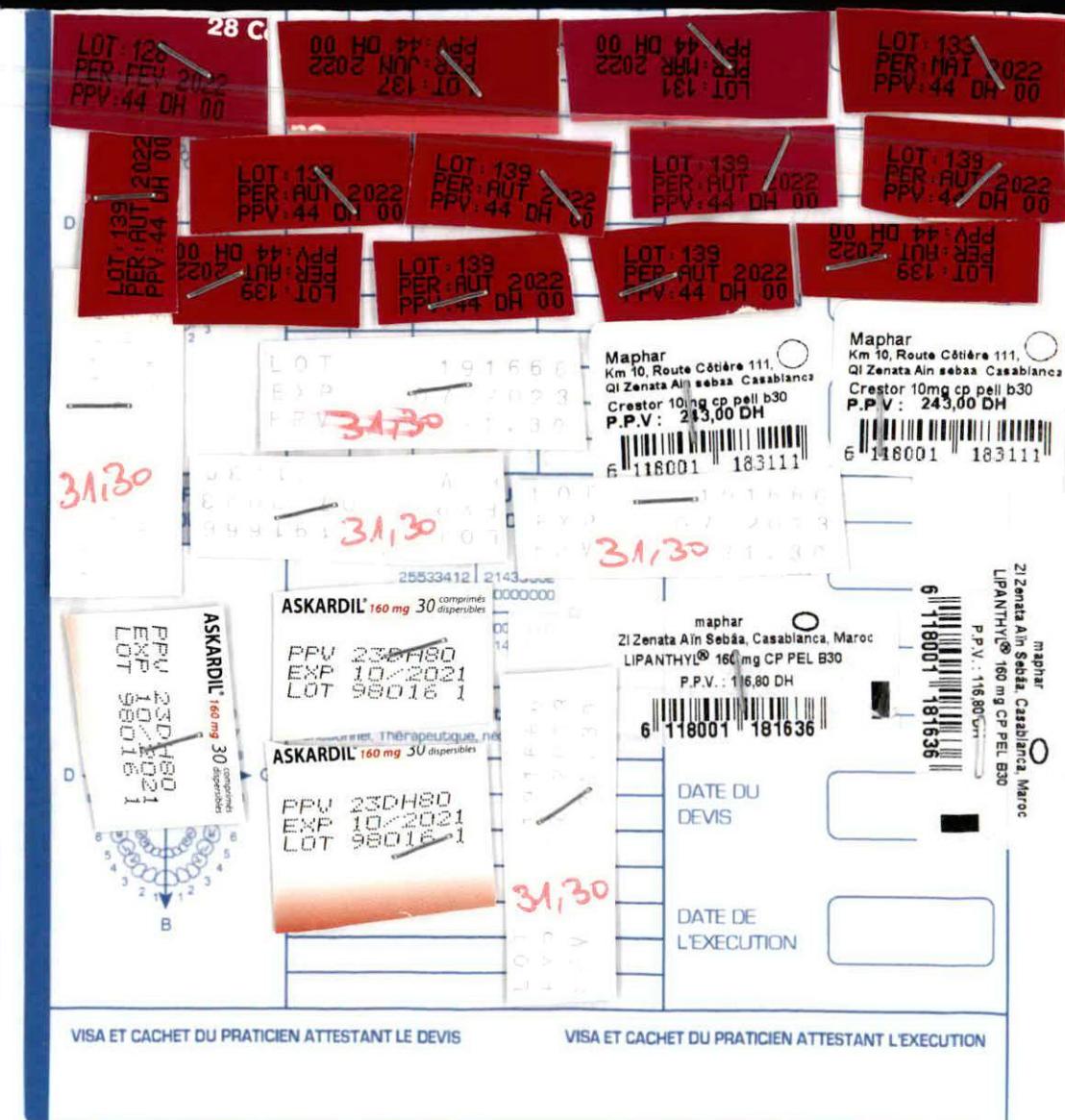
Rd. Chambre Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

\* Il est **125,60** réglement,  
s justificatifs exi

125,60 par la fournisseur  
Mutuelle.





MUPRAS

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

Le .....t.....d.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M

## Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

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

**Dr Saad SOULAMI**  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
356, Rue Mustafa El Maâni  
Tél. 0522221884 / 0522261336

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel : 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

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

*M. Dr. Saâd Soulami*  
Patient: Casablanca, le 20 DEC 2019

Traitement de:  
Trois (03) Mois

$$44.00 \times 14 = 616.00$$

Traitement de:  
Trois (03) Mois

$$125.60 \times 4 = 502.40$$

Zippered st 25

$$243.00 \times 2 = 1 \text{ cp leuster}$$

$$486.00 \text{ Gester 10}$$

$$116.80 \times 2 = 233.60 \text{ 41 jw}$$

Liposyl 16

100612  
Pharmacie Day el Maâni  
1, Bd. Oum Râhia (côté) - Tél. : 033.32.54.44

$$23.80 \times 3 = 1 \text{ 4 leson 1 jw 02}$$

21.40 ~~Kolepic 16 on Aspiril~~  
1 sac

زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء 356

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

$$31.30 \times 5 = 156.50$$

Zyfotex 20

1 g le su

2065.90

Lab. S.A.D.  
Pharmacie Hay El Maâa  
1, Bd. Oum Râbia Oââfa - Tel. : 93.20.26 - Casablanca

Dr. Saad SOULAMI  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
350, Rue Mustâfa El Maâni  
Tel: 052221924 / 052221336

OUZINE, SLIMANE

10

0yr  
Unknown

### Comment:

20-Dec-2019 07:56:07

Vent rate: 57 BPM  
PR int: 216 ms  
QRS dur: 96 ms  
QT/QTc: 384 / 378 ms  
P-R-T axes: 27 42 125

## BRADYCARDIE SINUSALE AVEC BAV DU 1ER DEGRE

## DEVIATION AXIALE GAUCHE DE QRS IMPORTANTE

ASPECT GRAND S'EN D1/D2/D3 COMPATIBLE AVEC COEUR PULMONAIRE, HVDte OU DE TRACE DANS LA  
LIMITE DE LA NORMALE  
ANOMALIES NON SPECIFIQUES DU SEGMENT ST ET DE L'ONDE T  
ECG ANORMAL  
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par \_\_\_\_\_

WDte OU DE TRACE DANS LA  
TION

**SOULAT**  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
3556 RUE MISTATE 104705321335  
Tél: 355222144705321335

