

## 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

- 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.

**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

N° W19-552355

ND: 36.838

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3102 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAHID BASIDI  
 Date de naissance : 01-01-1946  
 Adresse : Rue 25 N° 33 Oulfa Caser  
 Tél. : 0673551862 Total des frais engagés : 1128,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOUALY M.  
Cardiologue  
Angle Rte. d'Azamour à Bd. Sidi Abderrahmane  
Imm. Commercial N°10 - 1er Etage H. Hesse  
Casablanca - Tél : 0522 91 31 38

Date de consultation : 16/07/2020  
 Nom et prénom du malade : CHAHID BASIDI Age : 74 ans

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

Nature de la maladie : HTA

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 Le : 16/07/2020

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
16/07/2020	C	2	25,10	INP : 09 13 5732 Dr. SOUALY . M Cardiologue Rte. d'Azamour & Bd. Sidi Abderrahmane Commune N°10 - 1er Etage H. M. M. Casablanca - Tél : 0522 83 31 38

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/7/2020	87,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(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													

**Docteur M. SOUALY**  
**Cardiologue**  
 Diplômée de la Faculté de Paris



**الدكتورة م. اسوالي**  
 اختصاصية في أمراض القلب

00 HQ 511 044  
 8202 30/04/2021  
 360 107

LOT: 025  
 PER: NOV 2022  
 PPV: 129 DH 00

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

16 JUL 2020

LOT: 025  
 PER: FEB 2023  
 PPV: 129 DH 00

LOT: 023  
 PER: NOV 2022  
 PPV: 129 DH 00

M<sup>l</sup> CHAHIN BASIL

129.00 x 4 = 516.00

IRPHI

75.20 x 4 = 300.80

Amor

30.70 x 2 = 61.40

Kacacip

Traitement de Bas

878.20



75.20

75.20

75.20

75.20

Seed BOUZIANE WARTINI  
 PHARMACIE ALLOUMRANE  
 LAHJAL BOUALAZA  
 TEL: 061 - 86 - 52 - 84  
 GSM: 061 - 86 - 02 - 19

الدكتورة اسوالي م.  
 Docteur SOUALY M.  
 Cardiologue  
 1016 Bte. d'Accommod & Bte. Sidi Abderrahman  
 1016 Casablanca N°10 - 1er Etage M. Hassani  
 Tél: 05 22 91 31 38

KARDEGIC 75MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70  
 LOT: 20E011  
 PER: 11 2021

KARDEGIC 75MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70  
 LOT: 20E011  
 PER: 11 2021

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane,  
 N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38



Nom: CHAHID BASIDI

Date de naissance: 01/01/1946

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 865N°3.

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 16/07/2020 11:58:59

1/1

