

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.

Diagnostique 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.

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° P19- 063539

ND 43165

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : SLADWI KHATA

Date de naissance : 1956

Adresse : So Lot KHAFAOUI Oujda

Tél. : 0667 12 82 86 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Noujoud Haoulazi
Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
GSM: 06.61.40.35.91

Date de consultation : 14/09/2020

Nom et prénom du malade : Sladwi Khata Age: 64

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

Nature de la maladie : ALD ALD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : B.C. ULI. 2020

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 : Rabat Le : 14/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14/02/01	CS + ECA		25012 50.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Coefficient DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DES
MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX



مصحة
أمراض القلب
والشرايين

Rabat, le 14/09/2010

Dr. Noujoud Haoufazi

Jmr

Gco

Clinique des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux
Tél.: 0537 77 95 27
ICE : 001713069000035

~~Dr. Noujoud Haoufazi~~
~~Spécialiste des Maladies~~
~~du Coeur et des Vaisseaux~~
~~GSM: 06.61.40.35.91~~

6, Place Talha - Av. Ibn Sina - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 91 / 05 37 77 91 24 / 05 37 77 53 44

Fax : 05 37 68 19 52 - E-mail: cmcvccliniqueagdal@gmail.com, Site web : www.medecine.ma /cmcvc

ICE : 001713069000035

CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

6, Place Talha Av. Ibn Sina Agdal
Rabat

Reçu de caisse

N°: 20091413551600700 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
201141333	SLAOUI KHNATA	14/09/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	735307	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : AZIZ

*Clinique des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux*
Agdal - Rabat
Tel: 0537 77 22 22 - Fax: 0537 77 95 27
ICE: 001713069000035

CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX



مصحة أمراض
القلب والشرايين

F A C T U R E

N° 4 236 / 2020 du 14/09/2020

Nom patient	SLAOUI KHNATA	Entrée 14/09/2020	Sortie 14/09/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1.00		50.00	50.00
			Sous-Total	50.00
Total Frais Clinique				50.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. HAOUFAZI NOUJOURD (cardiologue)	1.00	V2	125.00	125.00
PR. ABIR SAADIA C/0013 (cardiologue)	1.00		125.00	125.00
			Sous-Total	250.00
Total prestations externes				250.00

	Total général	300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS		

					Total encaissé	Solde
Encaissements						300.00

Clinique des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
Agdal - Rabat
Tél: 0537 77 22 22-Fax: 0537 77 95 27
ICE : 001713069000035



مركز الفحريات

14/09/20

13:51:48

9900083008

99830001

CMCU

Rabat

A0000000032010

APP : VISA

SLAOUI KHNATA

xxxxxxxxxxxxx7530

12/20 CARTE NATIONALE

6CDDA349E5F10D81

621-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 004

NUM AUTORISATION: 735307

STAN : 001608

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

.....
.....
..... M / F
Age:
..... cm / kg

FC: 97/min

Axes:

Intervall:

P 9°

QRS -64°

T 31°

RR 621 ms

P 110 ms

PQ 128 ms

QRS 122 ms

QT 356 ms

QTC 456 ms

P (II) 0.11 mV

S (V1) - mV

R (V5) 0.29 mV

Sokol. 0.32 mV

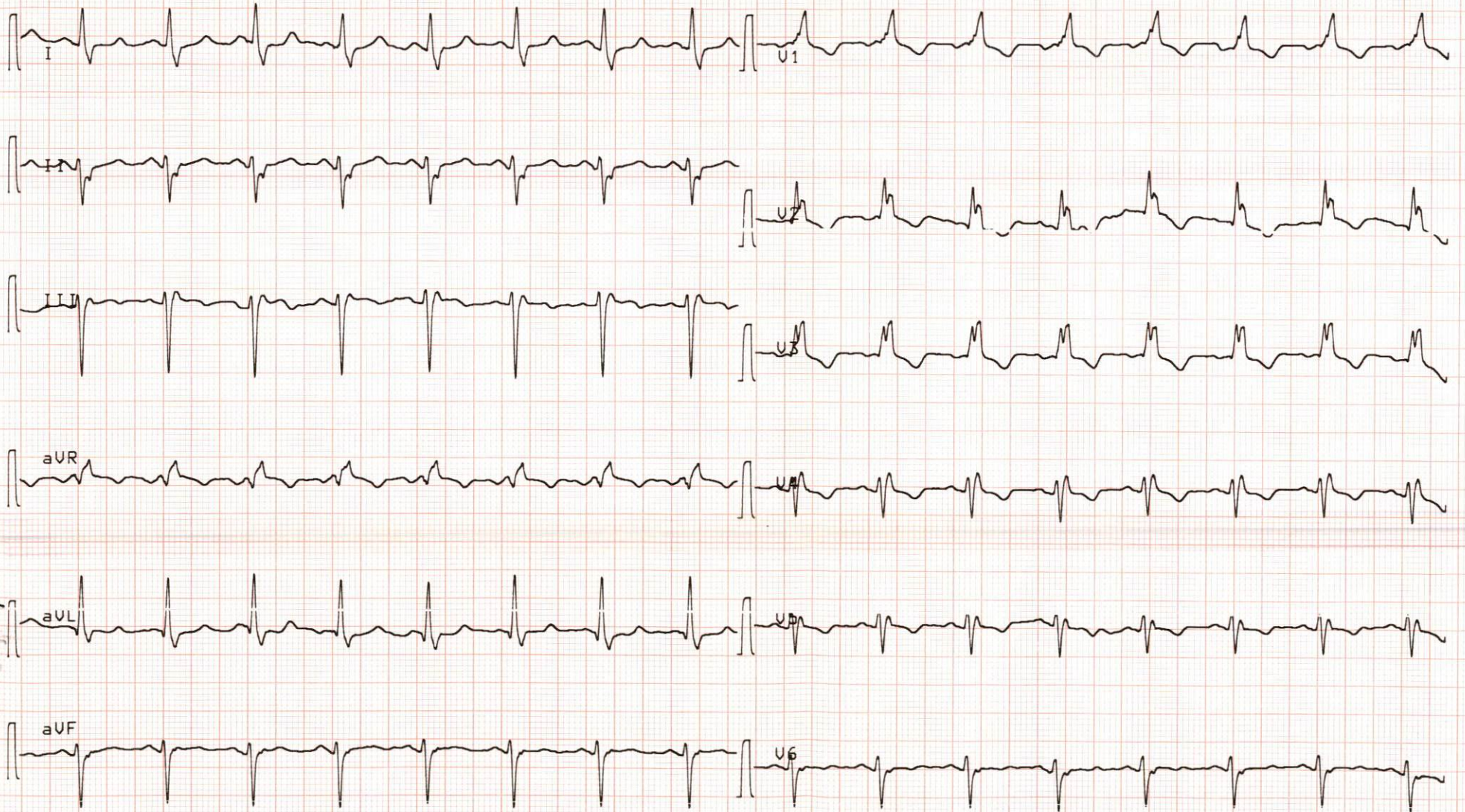
Mr KHATA

Slam

14/09/2020

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz

F50 SSF SBS

Lu 14-SEP-20 13:03:55

Clinique Agdal Rabat

AT-102 1.35 Mms

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

CE0123

LOT D 629