

## 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° W19-588087

50581

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1208 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AL MOUZZANI Bouchaib

Date de naissance : HABITUELLE 1946

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0604951371

Total des frais engagés : 683,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. FIKAL Najoua  
CARDIOLOGUE

1er étage - N° 158, Lotissement Zoubir

Oulfa - Casablanca

Tél. urgence: 06 61 61 02 71

Date de consultation : 23/11/2020

Nom et prénom du malade : AL MOUZZANI Bouchaib Age : 01/11/1946

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

Nature de la maladie :

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 : 1/11/2020

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
20/11/2020	C.S + ECG	1	1500	<p>Dr. FIKAL NABOUHS</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>Age. N°158. Lotissement 1er étage. G. 111. Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/20	433.60

[illegible][illegible]

# 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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cardiologue

- Ancien Médecin des Hôpitaux Savoie- LYON France
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd- Casablanca
- Diplômée d'Echocardiographie - BORDEAUX France
- Diplômée d'imagerie Vasculaire non Invasive - PARIS Descartes France



أخصائية أمراض القلب والشرائين

- طبيبة سابقا بمستشفى سافوا - ليون فرنسا
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء
- دبلوم فحص القلب بالصوت من جامعة بوردو - فرنسا
- دبلوم فحص الشرايين من جامعة باريس ديكارت - فرنسا

Casablanca, le : .....

23.11.2020

Ordonnance

M. AL. MOUZANI BOUCHAIB

101.80

Coversyl 5mg 1cp

78.00

Betaserc 1cp x 3/8

51.00

Tanguant 1cp x 3/8

49.50

Liotion 1app/jr 80

153.30

Perminon 1cp/jr

T = 433.60

101.80

30 comprimés - قرص  
VTE: MA - HPV: 51DH00

Liotion® 1000 gel  
tube de 50g  
PPV 49DH50

Dr. FIKAL Najoua  
CARDIOLOGUE  
N°158, Lotissement Zoubir  
Casablanca  
06 61 61 02 71

153.30

## Dr FIKAL Najoua

**ECG**Nom ALMOUZANI  
BOUCHAIB

Clini:

SN:0000147

Sexe :Homme

Age :74Y

Servi:

Cas:

Lit:

Date:23/11/2020 15:17:27



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	140 ms
Temps d'échantillon	12 s	Intervalle QT	394 ms
HR:	76 bpm	Intervalle QTc	443 ms
Intervalle P	82 ms	Axe P	-10,75°
Intervalle QRS	132 ms	Axe QRS	-56,54°
Intervalle T	184 ms	Axe T	44,03°

Prompt:

**Dr. FIKAL Najoua**  
**CARDIOLOGUE**  
 1<sup>er</sup> étage, N°158, Lotissement Zoubir  
 Oulfa - Casablanca  
 Tél. urgences: 06 61 61 02 14

TA = 15/7

Signature du médecin :