

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009503

Maladie

Dentaire

19920

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6805**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAKRAD AITEUR** Date de naissance : **24/09/1961**

Adresse : **HAYELWAIAA Sect 2 Tranch 8 Im 4 N° 10 C 980**

Tél. : **06 61 32 93 57** Total des frais engagés : **2355,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur Ahmed BIBIANT
Cordonnier
16 Bouskoura*

Date de consultation : **20/01/2010**

Nom et prénom du malade : **S. AITEUR - Tel**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

C. AIT EUR

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 : **04/02/2010**

Signature de l'adhérent(e) :

Amel

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/01/20 | 9 | 2 | 30000 | Dr. Ahmed BIDAL Spécialiste en Chirurgie Dentaire Bordeaux 33000 Téléphone: 05 56 16 72 |
| 30/01/20 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE | 30/01/20 | 2055,00 |

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 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'ORL.

| 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 | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Le 30.12.2000

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

| | |
|---|--|
| A remplir par le praticien | |
| Je soussigné: | Docteur Ahmed BIDANI Cardiologue 155 Bd Dakhla 05 22 23 18 72 Casablanca |
| Certifie que Mlle, Mme, M : 5000 - 2000 | |
| Présente | |
| Nécessitant un traitement d'une durée de: | 02 ans |
| Dont ci-joint l'ordonnance: | |
| (A défaut noter le traitement prescrit)..... | |

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Docteur Ahmed BIDANI
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du cœur - Vaisseaux
Circulation Sanguine
Hypertension Artérielle - Électrocardiographie
Holter ECG - Holter - Tensionnel (MAPA)
Echo Doppler Couleur Cardiaque



الدكتور أحمد بيداني

اختصاصي في أمراض القلب
الشرايين - الدورة الدموية
ارتفاع الضغط الدموي
التخطيط الكهربائي للقلب - الهولتر
فحص القلب بالأمواج ما فوق الصوتية
والدوببلر بالألوان

Casablanca, Le : ٣٠.٥.٢٠٢٥
الدار البيضاء في : *z z dr*

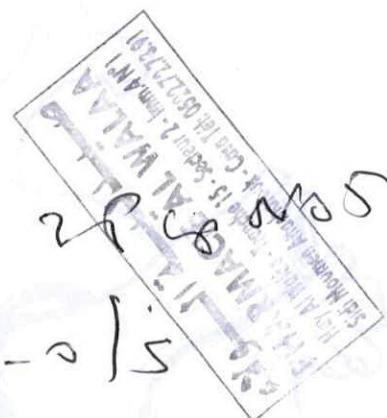
ن - ٥٤٠٦٩ -

٩:٣٠:١٨٢

٥٦١٠٨٥

) - Xed (٩٥)

٢٦٠٨٥٩٥
٩-٥-٢٥



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V. : 316,00 DH
6 118001 081257

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain Sebaâ Casablanca
PLAVIX 75MG CP PEL B28
P.P.V. : 316DH00
6 118001 081257

٣١٦١٠٨٥

٢١ - ٢١٠٨٥٩٥
٩٥

٢٠٥٥,٠

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V. : 316,00 DH
6 118001 081257

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V. : 316,00 DH
6 118001 081257

٩٥,٠٠

٩٥,٠٠

٩٥,٠٠

٩٥,٠٠

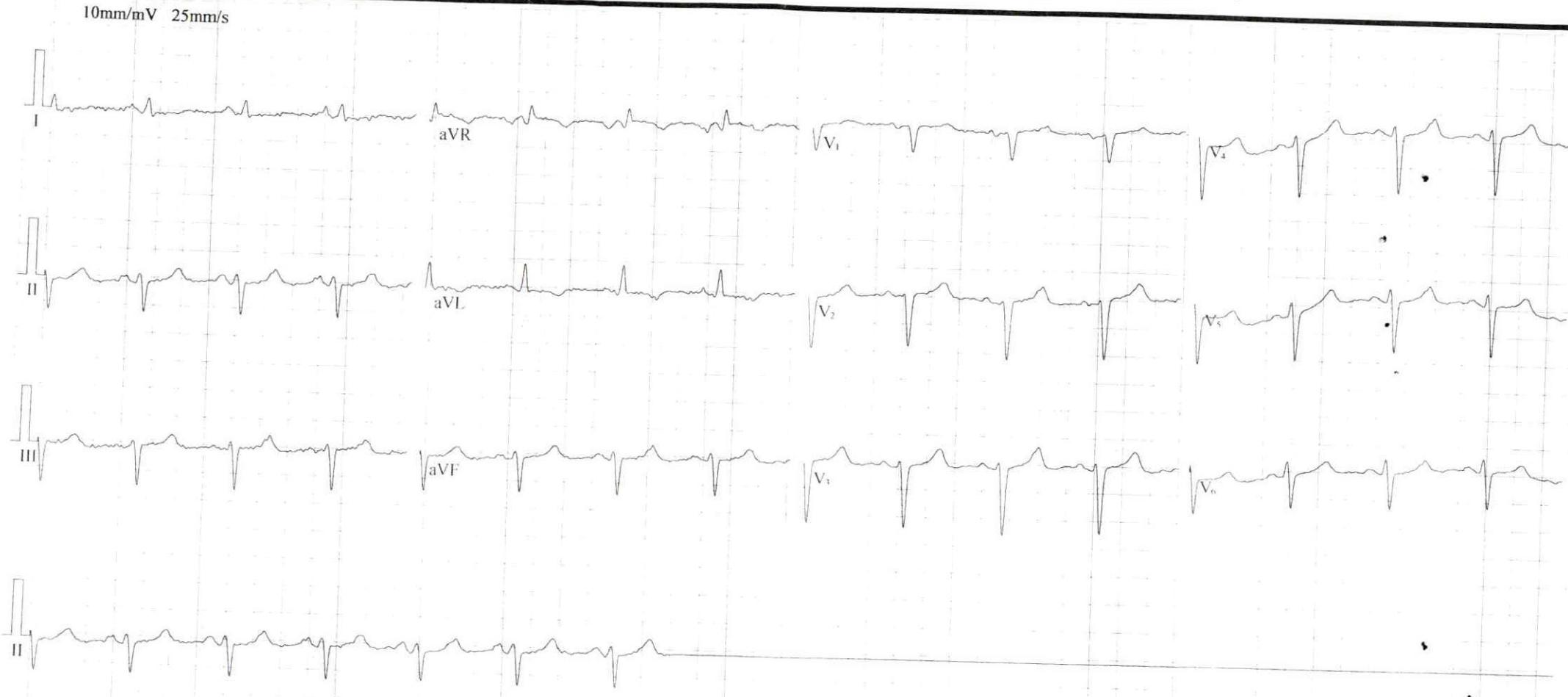
٩٥,٠٠

الدكتور
أحمد
بيهاني
Doctor Ahmed BIDANI
166 Bd Général Jamil Casablanca
Tél : 05 22 29 18 72 - GSM : 06 61 17 10 15 (Urgence)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V. : 316,00 DH
6 118001 081257

Name :SADKI ZAHRA ID :A2318.18 Sex :Female Age :47 Date :30-1-2020

10mm/mV 25mm/s



Frequence : 1000 Hz PR Interval : 113 ms

Suggestion :

Sample Time : 5 s QT Interval : 393 ms

Heart Rate : 85 bpm QTC Interval : 468 ms

P Duration : 95 ms P Axis : 30.3°

QRS Duration : 109 ms QRS Axis : -62.9°

T Duration : 254 ms T Axis : 83.5°

Physician Signature:

Main Filter:On

ADS Filter:On

Build:20061101

Printing : 30-1-2020 23:48:02