

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, parodontologie 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

- 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° W19-410578

62735

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHARIT Abdelghani

Date de naissance : 15-07-1967

Adresse : 56, HAY MEHARRIDIA 21801A

Tél. : 0661476344

Total des frais engagés : 956

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Amراض القلب والشرايين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 3
Mars Andalous 8 Rue 14
Casablanca 20000 20 52 01

Date de consultation : 04 FEB 2021

Nom et prénom du malade : CHARIT Abdelghani Age : 1967

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CHAHIT Abdelghani

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

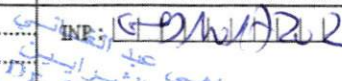
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.


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 : 04/02/2021

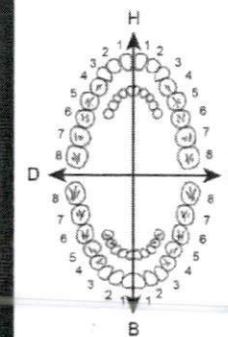
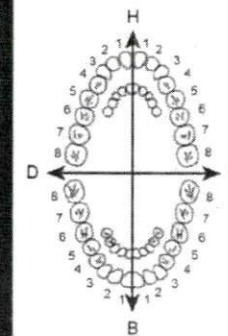
Signature de l'adhérent(e) :

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
04 FEB 2021				 Dr. CHAH Abdelghani Adresse: 3 Rue de la République, Bât. 4, 25205 Brest

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/21	706,70

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000		00000000															
	00000000	00000000	00000000		00000000															
	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																

Dr CHAHI Abdelghani

Spécialiste des maladies

du Cœur et des Vaisseaux HTA

Holter Tensionnel et Holter Rythmique

Epreuve d'Effort et Médecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغاني

عيادة أمراض القلب والأوعية

التسجيل المستمر للضغط الدموي ولتخطيط القلب

إختبار القلب بالجهد

Nom :

Charit Abdelghani

Casablanca, le

04 FEB 2021

LOT: 20075
PER: 03/2023
PPU: 165,00 DH

LOT: 19185
PER: 08/2022
PPU: 165,00 DH

LOT: 20075
PER: 03/2023
PPU: 165,00 DH

LOT: 19185
PER: 08/2022
PPU: 165,00 DH

(165,00 x 4)

Cromidine 240 x 4

4670
Corvasal 2 mg

1/2 — 0 — 1/2

Coudeperine 100 x 4

706,70

Ain seba Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH

الدكتور شاهي عبد الغاني

أمراض القلب والأوعية

Dr. CHAHI Abdelghani

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Angle Bd. Panoramique et Bd. Mars

Andalous 3 Rue 14 N°1-1er étage - Casablanca

III 3 mm

Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1-1er étage - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 52 05 05 / 08 08 39 49 98 - Urgence : 06 61 18 53 87 / 05 22 23 26 27

CHAH I Abdelghani

Nom : chacit abdelghani : 0017712

Sex : Male Case No. :

Age : Lit No. :

Clinique N : Date : 04/02/2021

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 12s

FC: 55bpm

P Interval: 93ms

QRS Interval: 87 ms

T Interval: 218 ms

PR Interval: 181 ms

QT Interval: 390 ms

QTc Interval: 372 ms

P Axis: 46.20Cb

QRS Axis: 33.90Cb

T Axis: 24.90Cb

Prompt:

13.5/8

Signature Medecin :

ECG

