

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-461759

63821

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462

Société : royal air maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAOUSSI LAHOUICHA

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue moulay abdelhafid NR 07 Hy

EL HASSANI Laayoune

Tél. : 06.67.19.73.83

Total des frais engagés : 1247

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Laayoune

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04

MUPRAS  
ACCUEIL  
7 MARS 2021



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
23 JAN 2021	CS		200,-	Dr. Adel EL KHATAEI Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux N°43 Rus AL QODS L'Hayoune Tél: 06 28 90 04 20 / G.S.M : 06 61 33 77 42

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/2021	T: 1047L

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
		A M	P C	I M	I V	

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
					MONTANTS DES SOINS [ ]											
					DEBUT D'EXECUTION [ ]											
					FIN D'EXECUTION [ ]											
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	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[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												



# عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Adel El KHATABI

د. عادل الخطابي

Faculté de médecine de Rabat

خريج كلية الطب بالرباط



NOVARTIS

PPV : 264,00 DH

PPV : 264,00 DH

PPV : 264,00 DH

## Ordonnance

23/01/2021

MME IGHOULAS FADMA

- Exforge 5mg/160mg - comprimé pelliculé  
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois
- Digoxine naturelle 0,25 mg - comprimé  
1 Comprimé, midi 5 jours /7, pendant 3 mois
- Sintrom 4 mg - comprimé sécable  
1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur  
des repas , pendant 3 mois



6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00



6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00



6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

PPV :

Exp :

N° Lot :

PPV :

Exp :

N° Lot :

PPV :

Exp :

N° Lot :

PPV :

Exp :

N° Lot :

PPV :

Exp :

N° Lot :

Lot :

PPV :

Exp :

N° Lot :

Exp :

N° Lot :



# Dr Adil EL KHATABI

## ECG

Nom : IGHOULAS FAISMA

Age :

Clinique N :

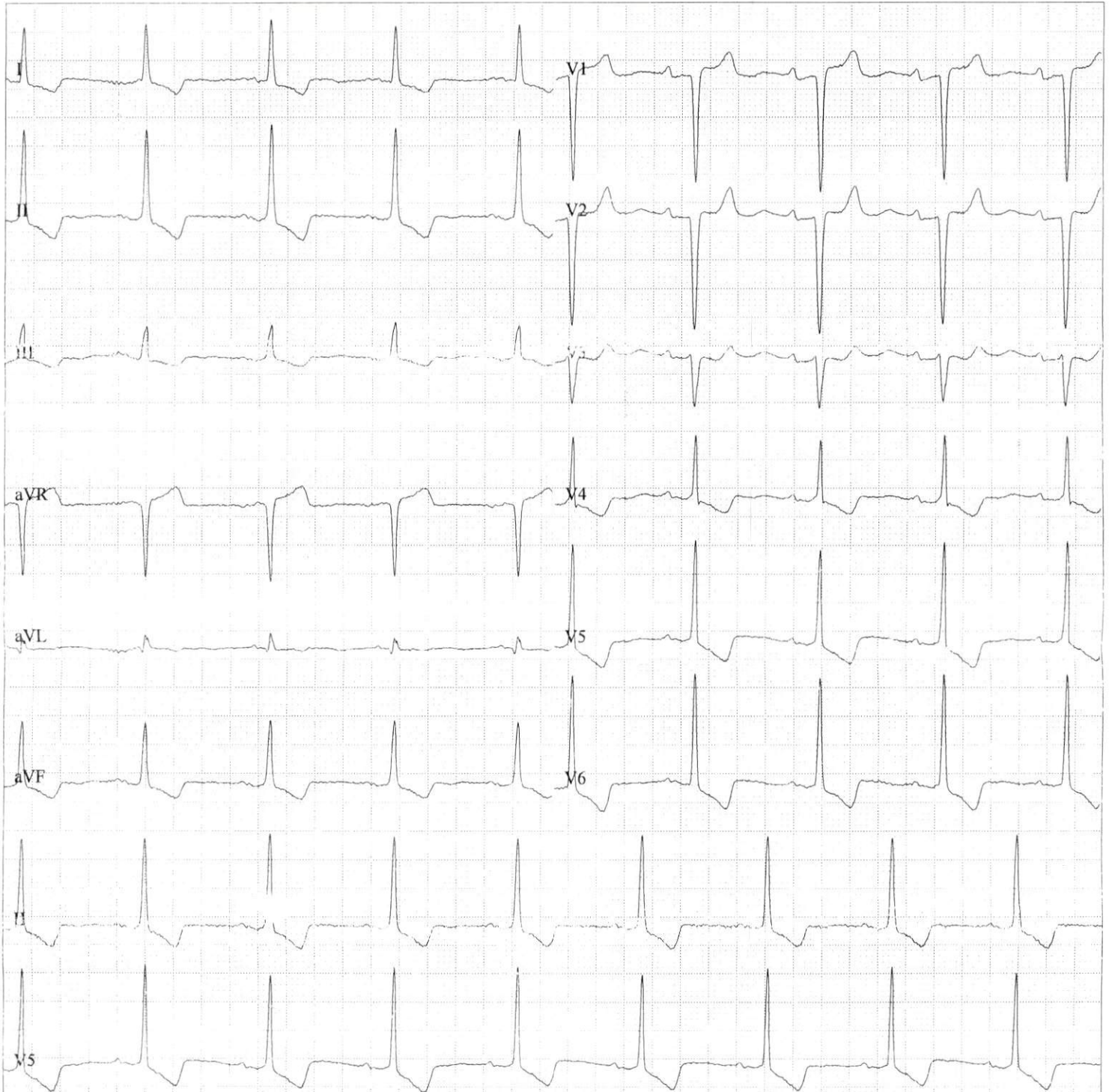
Section :

SN : 0010259

Case No. :

Lit No. :

Date : 23/01/2021 11:47:52



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	181 ms
Temps d'écha	20s	QT Interval:	358 ms
HR:	68bpm	QTc Interval:	380 ms
P Interval:	118ms	P Axis:	23.80°
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	55.20°
T Interval:	201 ms	T Axis:	-128.80°

Prompt:

Signature Medecin :