

## 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

- Reclamation : [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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - 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° W21-613752

64318

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4513

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAGADI EL MOSTAFA

Date de naissance : 15/08/1962

Adresse : 6 RUE 15 TOTAL MARARA

Tél. : 0661823349

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hanane EL MOSALAMI  
SPÉCIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE  
203 bd panoramique II, 3ème étage N°38, Rond point panoramique  
2 Mars, Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 27 00 84

Date de consultation : 01/03/2021

Nom et prénom du malade : Ragadi El Mostafa

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

32 / 3 / 21

Autorisation: CNDP N° : A-A-215/2019

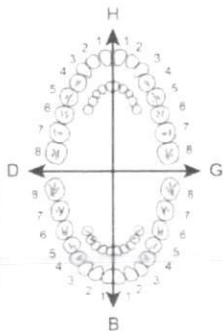
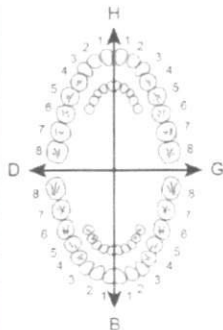
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) 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"/>

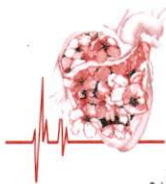
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Hanane EL MOSALAMI**  
**SPECIALISTE EN PATHOLOGIE**  
**CARDIO-VASCULAIRE**

Diplômée d'Echocardiographie de l'université  
Bordeaux Segalen  
Holter ECG et Tensionnel  
Epreuve D'effort  
Echocardiographie de stress  
Ancien interne des Hôpitaux de paris  
Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca



**الدكتورة حنان المسلمي**  
**أخصائية في أمراض القلب والشرابيين**

دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو بفرنسا  
التسجيل المستمر للضغط الدموي و تخطيط القلب حتى ثلاث أسابيع  
تخطيط القلب أثناء الجهد  
فحص القلب بالصدى أثناء الجهد  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس بفرنسا  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في : 01/03/21 Casablanca le

Mr Ragadi EL Mostafa

**Amlor 5mg**  
56 COMPRIMÉS



136,60 x 2

Amlor 5mg 1cp/j

J-cure forte 100.000

1 amp/jr 2 mois puis 1 amp/mois

372.40

T11 3 mois

Fabrique par **SMB**  
SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FRANCONIE, Belgique.

Fabrique par **SMB**  
SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FRANCONIE, Belgique.

D-CURE AMPOLLE



0

0

**الدكتورة حنان المسلمي**  
**Dr. Hanane EL MOSALAMI**  
**SPECIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE**  
203 bd panoramique II, 3ème étage N°38, Rond point panoramique II,  
2 Mars, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 87 00 84

Adresse: 203 bd panoramique, Imm panoramique II,  
3ème étage N°38, Rond point panoramique 2 Mars  
Ain Chock - Casablanca  
E-mail: cabinetelmosalami@gmail.com  
Tél: 05 22 87 00 84 Urgences : 06 77 18 79 17

العنوان: 203 شارع المنظر العام، إقامة المنظر العام 2، الطابق 3، رقم 38  
تقاطع شارع 2 مارس و شارع المنظر العام  
عين الشق - الدار البيضاء  
البريد الإلكتروني: cabinetelmosalami@gmail.com  
الهاتف الثابت: 05 22 87 00 84 المستعجلات: 06 77 18 79 17