

## 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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-597492

65801

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6874

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

DURHAL AHMED

Date de naissance :

06/09/65

Adresse :

3820T SIHAM RUE 5 APPT 7

Tél. :

0673712738

Total des frais engagés :

250

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور شامي عبد الفتاح  
أمراض القلب والشرايين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg.  
Casablanca Tél. : 05 22 52 05 05

Date de consultation :

11 Mars 2021

Nom et prénom du malade :

DURHAL Ahmed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Céphalée

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 :

CAN

Le :

02/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-597492

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

6874  
DURHAL AHMED  
250 DH  
02/04/21



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
11 MARS 2022	926		75000 102	INP 09/03/2022 عبد الحميد عبد الغني أراض القلب والشراب DE CHAHIL Abdelghar Maladies du <u>Cor</u> et du <u>Alcool</u>

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

الدكتور شامي عبد العاتي  
أمراض القلب والشرابيين  
Dr. CHAHN Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle Ed. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalouss 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg.  
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

[illegible]

Montant de la Facture

[illegible]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	

		Montant détaillé
M	IV	des Honoraires

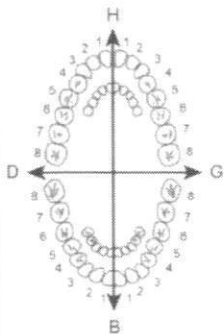
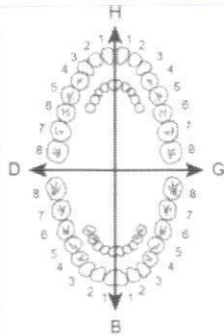
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     H                      25533412                      00000000                      D                 </div> <div style="text-align: center;">                     21433552                      00000000                      G                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     00000000                      35533411                      B                 </div> <div style="text-align: center;">                     00000000                      11433553                 </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[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

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'COF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion
Soins de base	100	100	100	100	100
Soins de confort	100	100	100	100	100
Soins médicaux	100	100	100	100	100
Soins de rééducation	100	100	100	100	100
Soins de réinsertion	100	100	100	100	100

Coefficient

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr CHAHI Abdelghani

Nom : ourhzal ahmed SN : 0018389

Sex : Male

Case No. :

Age : 56Y

Lit No. :

Clinique N :

Date : 11/03/2021

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 11s

FC: 62bpm

P Interval: 113ms

QRS Interval: 110 ms

T Interval: 220 ms

PR Interval: 145 ms

QT Interval: 395 ms

QTc Interval: 401 ms

P Axis: 45.50°b

QRS Axis: -28.60°b

T Axis: 57.10°b

Prompt:

الدكتور شاذلي عبد الحافي  
أمراض القلب والأوعية الدموية  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg  
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

Signature Medecin :

## ECG

