

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

**Biologie 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.

**Éducation :**

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

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° M21- 0018919 **68224**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **0556** Société : **RAT**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

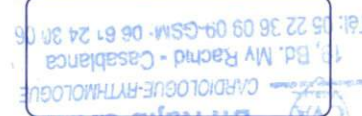
Nom & Prénom : **ADOUANE Bouchaib**

Date de naissance : **1/1/1945**

Adresse : **Rue Ait Guin Res. Ibtikar (A) Casablanca**

Tél. : **0661635819** Total des frais engagés : **349,20** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **12/03/2021**

Nom et prénom du malade : **Adouane Bouchaib** Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Coronary**

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 : **12/03/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **Adouane Bouchaib**

**ACCUEIL**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 12 03 2021	Montant de la Facture 649.20 INP 092021096

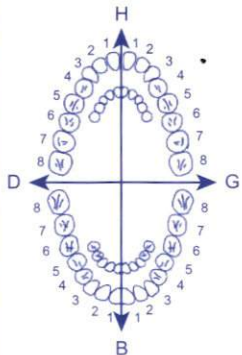
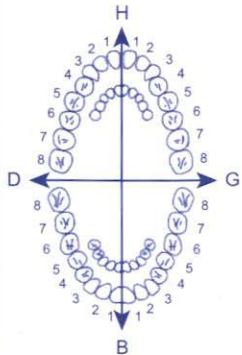
[illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



**Cardiologie Val d'Anfa**

**URGENCES**  
**24/24**

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Kardégic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Kardégic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



Casablanca, le

12/03/2021

Mr (Mme)

*Dr. Adnane Benhar*

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 185,70 DH



**Dr Najib GARTI**  
Cardiologue - Rythmologue  
Pace Maker  
Défibrillateurs  
Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire  
Traitement des troubles du rythme  
par Radiofréquence  
Echocardiographie Doppler.Couleur  
Epreuve d'effort  
Holter tensionnel et rythmique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de limoges (France)  
Sur Rendez - Vous  
Gsm :

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 185,70 DH



30.70x3

*Kardégic 75 - 1*

185.70x3

*Crestor 10 - 1*

649.20

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa

Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 00158404000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com



**INP 092021096**





Docteur Najib GARTI  
CARDIOLOGUE  
RYTHMOLOGUE

Membre actif de la société européenne  
de Rythmologie

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : ADOUANE

Prénom : BOUCHAIB

Date : 12/03/21

T.A : 12/7

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa)  
Casablanca - Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88 / GSM : 0661 24 30 06  
E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

ID:12032021

Nom : ADOUANE BOUCHAIB

Sexe: M

Date de naissance:

ans

Médicament :

cm

kg

/

mmHg

57 bpm

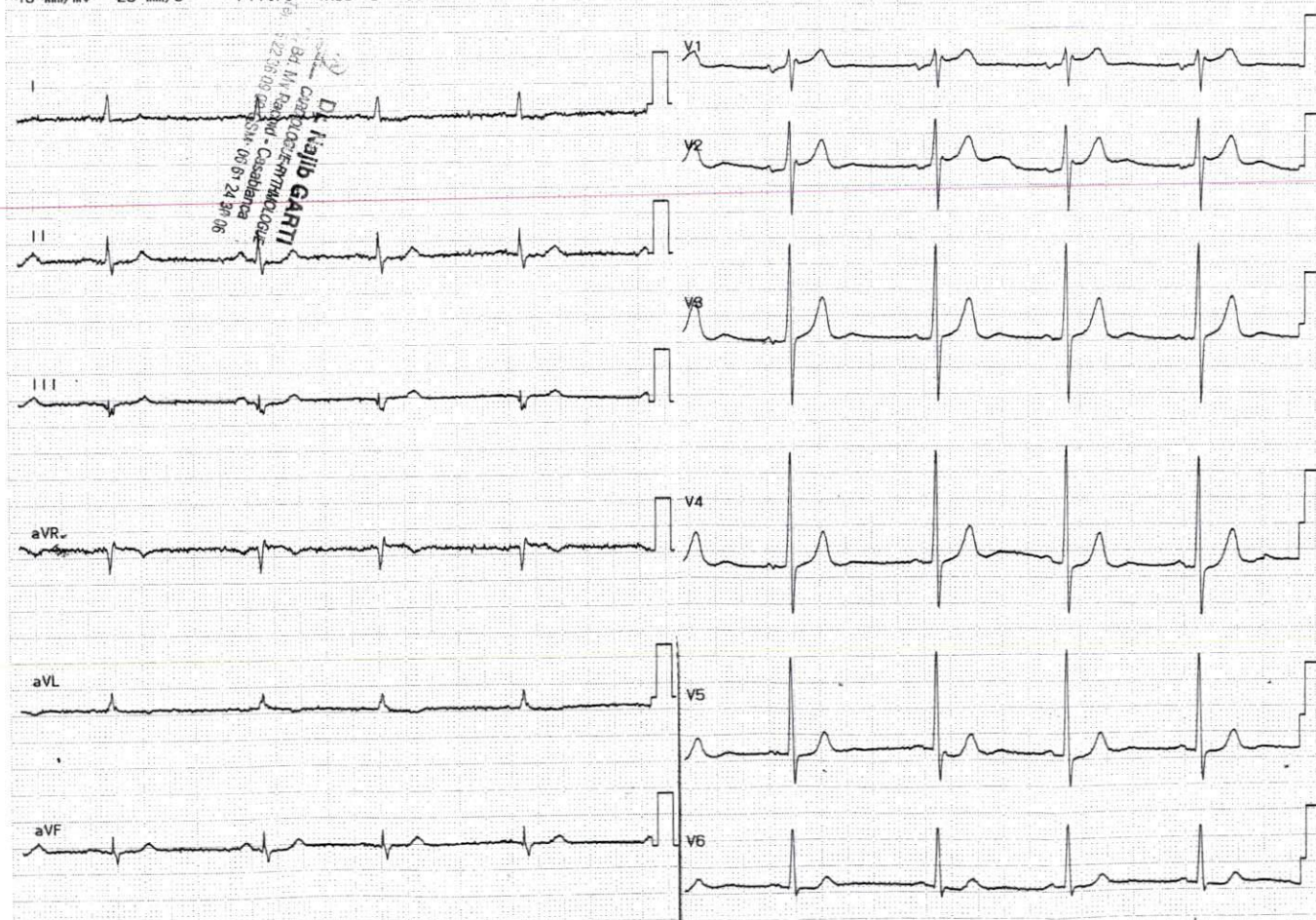
Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz

Antécédents :

10 mm/mV

12-Mar-2021 AM11:31:02



2350K 03-04 04-05 Service :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA

12-Mar-2021 AM11:31:02

ID:12032021

Nom : ADOUANE BOUCHAIB

Sexe: M

Date de naissance:

ans

cm

kg

/

mmHg

fréq. ventr.

57

bpm

Int. PR

150

ms

Durée QRS

92

ms

Int. QT/QTc(E)

386/ 380

ms

Axe P/QRS/T

60/ 5/ 75

°

Ampl RV5/SV1

1.90/ 0.46

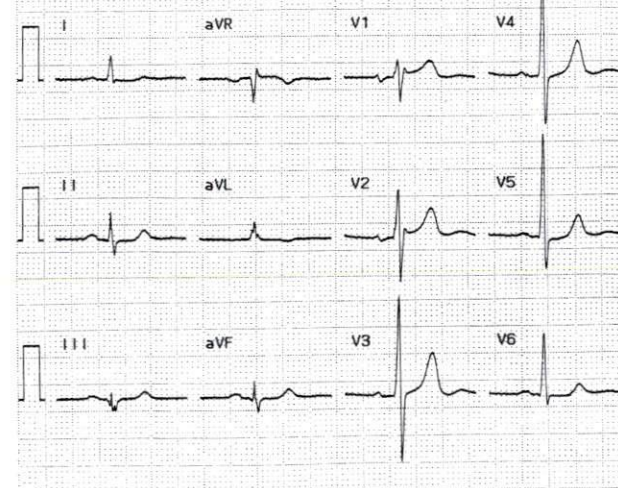
mV

Ampl RV5+SV1

2.36

mV

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA