

## 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 - Tél. : 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° W19-585893

67-85

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9123 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL AZHAR YOUSSEF

Date de naissance : 22 octobre 1986

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور شافعي عبد الله  
أمراض القلب والشرايين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle Rd. Panoramique et Bd. 3  
Mars Abdelhak Pacha - 2013  
Casablanca - Tél : 05 22 52 03 05

Date de consultation : 03 FEV 2021

Nom et prénom du malade : SOUFIANE Zineb Age:

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

Nature de la maladie :

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 : 22 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-585893

67-85

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 :



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
09 FEB 2021	256		259w 72	INP: 09/10/2022 عبد الفتاح Dr. CHAH I Abdeig Maladies du Co

Dr. CHAHAL Abdeljalil

[illegible][illegible][illegible]

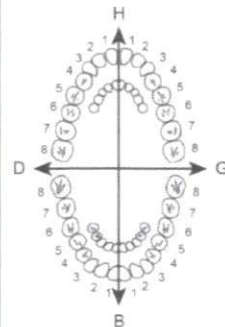
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

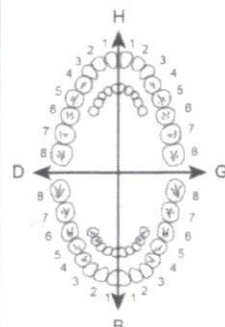
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
		<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS		<input type="text"/>
		<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>
		<input type="text"/>				
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						

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

**(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr CHAHI Abdelghani**

**Spécialiste des maladies**

du Coeur et des Vaisseaux HTA

Holter Tensionnel et Holter Rythmique

Epreuve d'Effort et Medecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغاني

عيادة أمراض القلب والشرائين

التسجيل المستمر للضغط الدموي ولتخطيط القلب

إختبار القلب بالجهد

Nom : Souzan El Mezouzi

Casablanca, le 03. FEV 2021

30,00 Angle Coeur 40

LOT : 2983  
UT. AV : 12 - 22  
P.P.V : 30 DH 00



77,75 DH  
Per: 10-2021  
Lot: 231020180



TOTAL  
119,00

PHARMACIE MERKINE  
Ave 13 Diyar El Menzeh 2  
Lissasfa - Casablanca  
Tel: 0522 65 13 99

الدكتور شاهي عبد الغاني

أمراض القلب والشرائين

Dr. CHAHI Abdelghani

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Angle Bd. Panoramique et Bd.

Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg.

Tél: 05 22 52 05 05

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



# Dr CHAHI Abdelghani

Nom : bouziane zoubi ~~82~~ : 0017684

Sex : Female Case No. :

Age : 53Y Lit No. :

Clinique N : Date : 03/02/2021

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 12s

FC: 89bpm

P Interval: 83ms

QRS Interval: 90 ms

T Interval: 216 ms

PR Interval: 134 ms

QT Interval: 357 ms

QTc Interval: 433 ms

P Axis: 56.90°b

QRS Axis: 33.70°b

T Axis: 58.40°b

Premièr  
(Syr mm 401)  
Prompt: T0: 12/1,5 thyroïde

الدكتور شامي عبد الغني  
أمراض القلب والشرابيين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mers Andalous 3 Rue 14 M°1 - 1° Etg  
Casablanca - Tél: 05 22 52 05 05

Signature Medecin :

ECG



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00