

## 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
- 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 (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° W19-415524

97667

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6441 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMAN Abdelouahed

Date de naissance : 01/04/45

Adresse : RESIDENCE ELMANSOUR - IM-21 APT2

Tél. : 0664983428 Total des frais engagés : 916,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 12 NOV 2021

Nom et prénom du malade : Zoukari Lubafo Age : 70 ans

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 : Signature e l'adhérent(e) : Le : 20/12/21



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
12 NOV 2024	5 EKG		3000 1000	INF : <u>INDE 09101720</u> Dr. <u>CHAH Abdel</u> Maladies du Cœur et des Maladies Panoramique

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/12	616,00

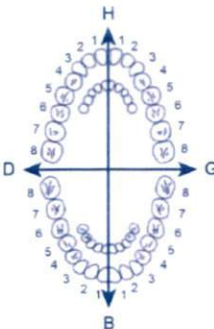
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

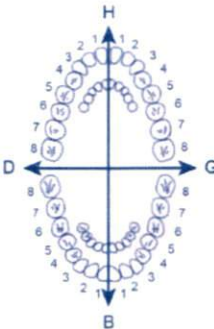
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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 : <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	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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



Spécialiste des maladies  
du Cœur et des Vaisseaux HTA  
Holter Tensionnel et Holter Rythmique  
Epreuve d'Effort et Médecine de Sport



تور شاهی عبد الغانی  
 میادۂ امراض القلب والشرایین  
 التسجيل المستمر للضغط الدموي وتخطيط القلب  
 اختبار القلب بالجهود

Nom :

Zakaria Imbaf

Casablanca, le

12/11/21

149023

Try to plus 150 / 120

95,00 x 24 = 2280

616.00

PHARMACIA DE L'ORIENT  
 Mme LAKHSABT ABBARA Latifa  
 213, Bd Yacoub El Mansour - Cosablanca  
 Tel: 0522 36 75 94

95.00

95,00

MI 3 mms

الدكتور شامي عبد الفتاح  
أمراض القلب والكلى والكلى  
CHAHI Abdelghani  
Boulevard du Cœur et des Vaisseaux  
Bd. Panoramique et Bd. 2  
Andalous 3 Rue 14 N°1 - Efg.  
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 : zakaria latifa SN : 0022137

Sex : Female Case No. :

Age : 70Y Lit No. :

Clinique N : Date : 12/11/2021

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 10s

FC: 106bpm

P Interval: 118ms

QRS Interval: 88 ms

T Interval: 96 ms

PR Interval: 185 ms

QT Interval: 251 ms

QTc Interval: 333 ms

P Axis: 50.20°

QRS Axis: 14.90°

T Axis: 46.90°

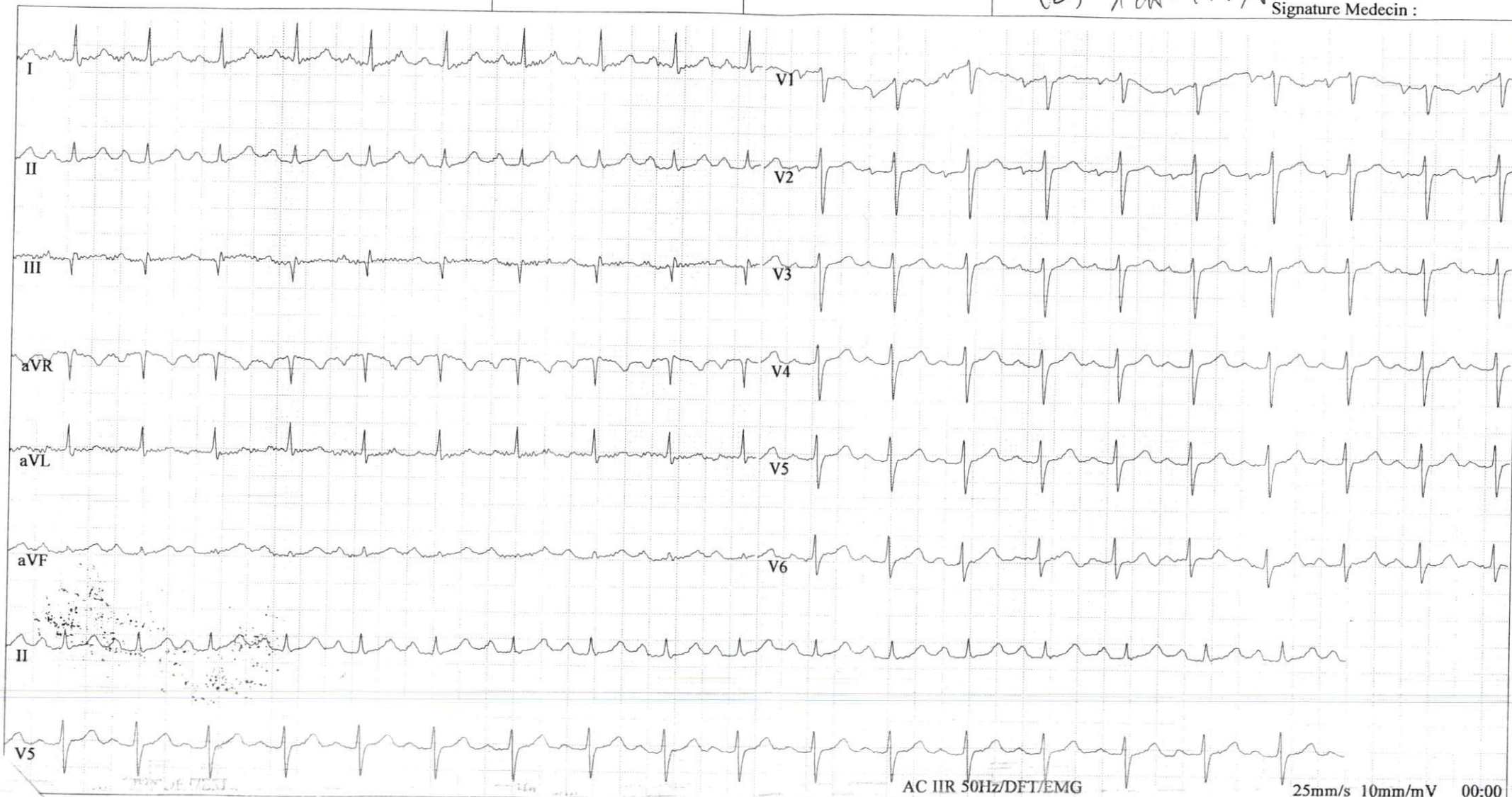
Prompt:

الدكتور شاهي عبد الغاني  
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

16/11/21

Signature Medecin :

ECG



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00