

## 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 (L5) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-770310

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 484 Société : **AN 0905**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **BENDAHMAVE LABHA**

Nom & Prénom : **BENDAHMAVE LABHA**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr Fethouh Hanane**  
**Cardiologue**  
**B N 4 1er étage Résidence**  
**Charaf Ang Med Corn**  
**Kenitra Tel 05 37 32 40 6**  
**INP 05 11 69 860**

Date de consultation : **08/12/2022**

Nom et prénom du malade : **Bendahmane Labha** Age : **1948**

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

Nature de la maladie : **HTA**

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) : .....



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
08/12/22	CG+ELG		300 000	Dr Fetouhi Hamza Cardiologue B N° 4 1er étage Résidence Charaf Ang Med Qdri Smitra Tel 05 37 32 40 6 05 11 69 860

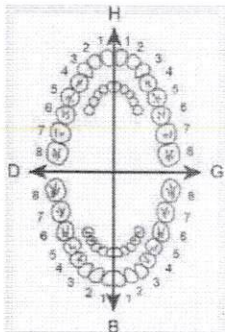
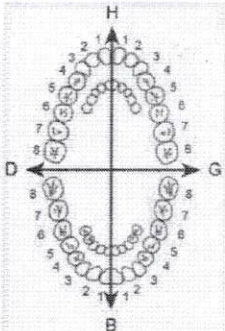
[illegible][illegible][illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Fettouhi Hanane

Cabinet de Cardiologie et D'explorations

Cardio-Vasculaires

**Cardiologue**

Diplômée de La Faculté de Médecine

et De Pharmacie de Rabat

Ancienne Interne Du CHU De Rabat

Echodoppler Cardiaque

Echodoppler Vasculaire

Holter Rythmique

Holter Tensionnel



# د.فتوحي حنان

عيادة أمراض القلب والأوعية الدموية

أخصائية أمراض القلب و الأوعية الدموية

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي بالرباط سابقا

فحص القلب بالموجات فوق الصوتية

تصوير الأوعية بالأشعة فوق الصوتية

تخطيط القلب المستمر (ال هولتر)

مراقبة الضغط المستمرة

القنيطرة في: 08/12/2022 Kénitra le

PHARMACIE MAMORA  
30, rue de l'Indépendance - Kénitra  
Tel.: 05 37 32 40 62

Huue Bendakmane

Dr Fettouhi Hanane  
Cardiologue  
B N° 4 1er étage Résidence  
Charafa Ang Med Qorri  
Kénitra Tel 05 37 32 40 62  
INP 05 11 69 860

68,90 x 6

Fludex LP

1413

6 ml

413,40

Dr Fettouhi Hanane  
Cardiologue  
B N° 4 1er étage Résidence  
Charafa Ang Med Qorri  
Kénitra Tel 05 37 32 40 62  
INP 05 11 69 860

مكتب رقم 4 المابق الأول إقامة شرفة زاوية محمد القوري وشارع مولاي عبد العزيز (أمام مصحة ميموزة) القنيطرة الهاتف: 05 37 32 40 62 - الفاكس: 05 37 36 84 59

Bureau N°4, Premier étage Résidence Charafa, angle Med Qorri et Avenue My Abdelaziz ( en face Clinique Mimosa) Kénitra

68,90

68,90

68,90

68,90

68,90

68,90



# Dr FETTOUHI Hanane

ECG

Nom : bendahman rabhaSex :

Age :

Clinique N :

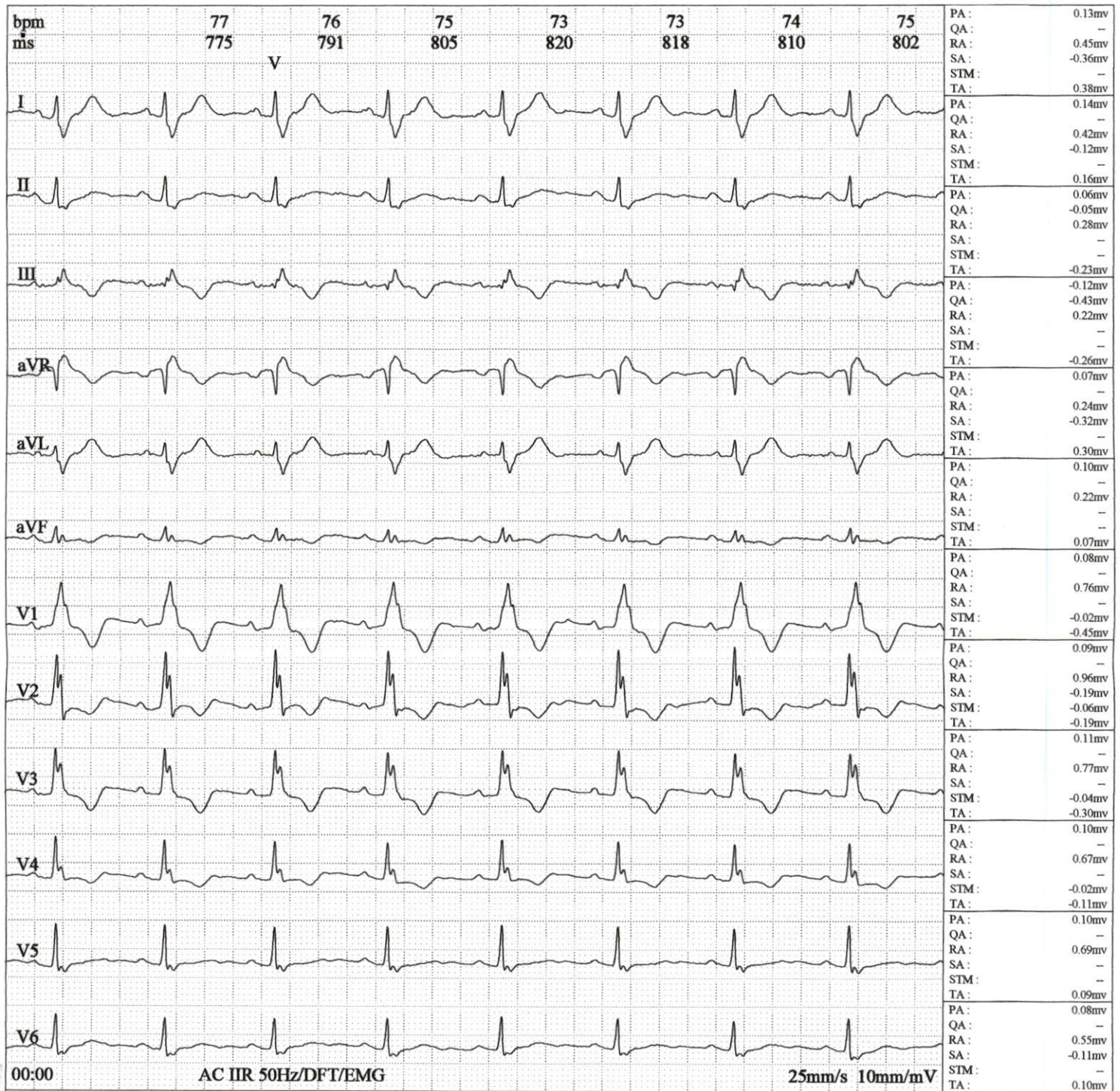
Section :

SN : 0019409

Case No. :

Lit No. :

Date : 08/12/2022 14:29:55



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	158 ms	Prompt:
Sample Time:	37s	QT Interval:	422 ms	
HR:	76bpm	QTc Interval:	475 ms	
P Interval:	92ms	P Axis:	40.70°	
QRS Interval:	138 ms	QRS Axis:	137.30°	
T Interval:	255 ms	T Axis:	4.60°	

Dr Fettouhi Hanane  
Cardiologue  
B N 41er etage Residente  
Charafia Ang Med Qorri  
Kenitra Tel 05 37 32 40 6  
IWP 05 11 69 860

Signature Medecin :