

# 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

- 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

M22- 0042261

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5228 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL GNAOUI ABDELHAK  
 Date de naissance : 17/2/58  
 Adresse : 72 Rue EL GNAOUI App 11 Hay RABA  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0663742702 Total des frais engagés : 897,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/22  
 Nom et prénom du malade : Age: 65 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 14/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
12/11/22	ESS		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/22	597,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

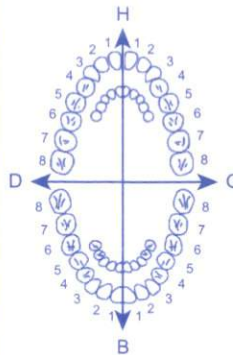
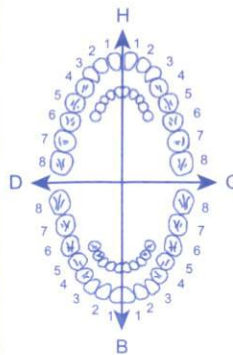
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRES

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60

**AGMOUTI Fouad**

**SPECIALISTE DES MALADIES  
DU COEUR ET DES VAISSEAUX**

**Diplôme d'Etat de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française et Européenne de Cardiologie**

Sur Rendez-vous

**الدكتور التكموتي فؤاد**  
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب بليون  
عضو الجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب  
بالموعد

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60

Casablanca, le

12 DECEMBRE 2022

MR EL GNAOUI ABDELHAK

REGIME PEU SALE  
MAR CERH UNE HEURE PAR JOUR

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60

14,00 x 3 1 - Anginib 50 100 / 8

30,60 x 5 2 - Esidrex 100 / 8

597,00

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

39,60

**É OULMES CASA**  
**A.R.I.A.U**  
Ang Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tel: 0522 36 08 06

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

39,60

(TRAITEMENT DE 3 MOIS NOUS  
REVOIR SOUS TRAITEMENT)

21, Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca

Tél.: C. 0522.22.20.91 / 0522.26.75.14 - Fax.: 0522.27.75.90 - Email : tagfouad@hotmail.com

LOT: 086  
PER: JAN 2025  
PPV: 148 DH 00

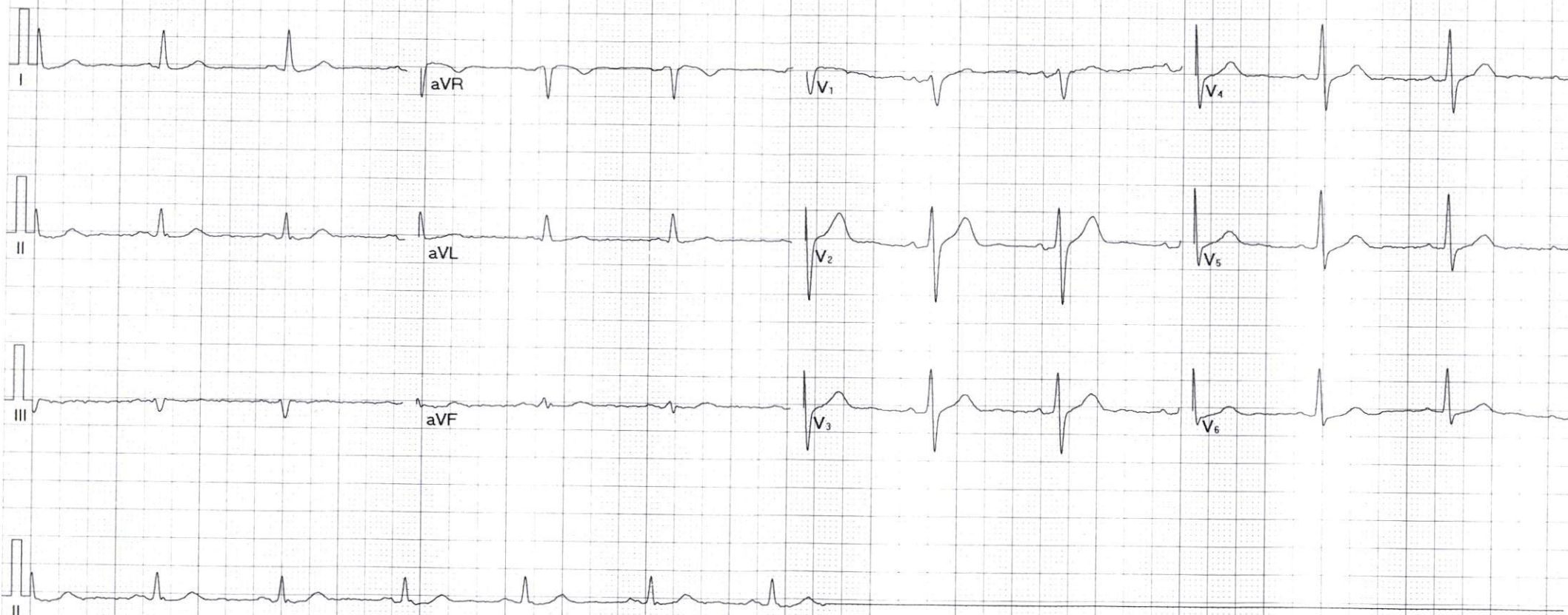
LOT: 090  
PER: AVR 2025  
PPV: 148 DH 00

LOT: 092  
PER: AUT 2025  
PPV: 148 DH 00

**DR AGMOUTI Fouad**  
CABINET DE CARDIOLOGIE  
21 Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca  
Tél: 0522.22.20.91 / 0522.26.75.14  
Fax: 0522.27.75.90



10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	112 ms
Durée Echantillon :	6 s	Intervalle QT :	416 ms
FC :	68 bpm	Intervalle QTc :	442 ms
Durée P :	82 ms	Axe P :	44.5°
Durée QRS :	113 ms	Axe QRS :	9.6°
Durée T :	273 ms	Axe T :	38.7°

Suggestion :

**DOCTEUR Fouad TAGMOUTI**  
 • CARDIOLOGUE  
 21, Avenue Lahcen OU IDER - casablanca  
 Tél: 05 22 22 20 91 / 05 22 26 75 14  
 Fax: 05 22 27 75 90  
 Signature Médecin: