

# 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- 0039870

152122

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah  
 Date de naissance : 01/01/47  
 Adresse : 52, 3<sup>e</sup> AbdeRradi Boutaleb -  
 Residence Salsabila - CASA BLANCA  
 Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : 600 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21 FEB 2023  
 Nom et prénom du malade : Mikou Abdelillah Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Defchillateur hyper cholestérol  
 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 : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

Dr. Pr...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien		
----------------------	--	--

ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
-------------------	------	-----------------------

[illegible]

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX			
Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé

[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser le droit traité. L'acte notarié se termine par la signature des parties.

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

**Important :**

	Rechts	Nature des		
--	--------	------------	--	--

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

	Traites		Sums		

COEFFICIENT  

























MONTANTS DES SOINS

[illegible][illegible]

0.05	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
------	------------------------------	--

U.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT
PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE

PROTHÈSES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT
	H	

	H	DES TRAVAUX
25533412	21422552	

	E000047E	E140000E	
	00000000	00000000	

H	D	G
	00000000 00000000	

	35533411   11433553	MONTANTS	
---	---------------------	----------	---

	B		MONTANTS
			DES SOINS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

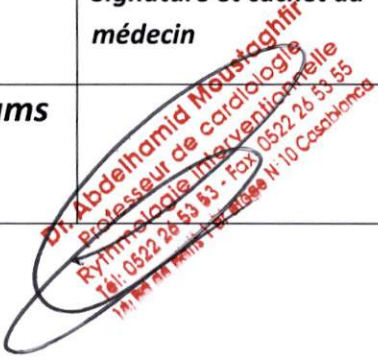
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique**

**Dr Moustaghfir Abdelhamid**

**Professeur de cardiologie**

**Note d'honoraire N°053/2023**

<b>La date</b>	<b>Nom et prénom</b>	<b>Acte</b>	<b>Montant</b>	<b>Signature et cachet du médecin</b>
<b>21/02/2023</b>	<b>Mikou abdel illah</b>	<b>Contrôle de défibrillateur</b>	<b>Six cent dirhams (600 dh)</b>	

**14, Bd de Paris, 1er étage N°10 Casablanca 20000.**

**Tél : 05 22 26 53 53/Fax : 05 22 26 53 55 – ICE 001676319000072**

**Email :cabinetrythmologie@gmail.com**



MIKOU ,abdel illah  
ID: 0011  
DDN:01/01/1947  
76 Ans ,177 Cm ,75 Kg  
Homme ,Inconnu  
Méd.:  
Site:  
Médecin traitant:  
Notes: 101/61

21/02/2023 17:15:51

FC: 72 BPM  
Int PR: --- ms  
Durée QRS: 158 ms  
QT/QTc: 398/422 ms  
Axes P-R-T: --- 235 83  
RR Moy: 832 ms  
QTcB: 436 ms  
QTcF: 423 ms

RAPPORT NON CONFIRM

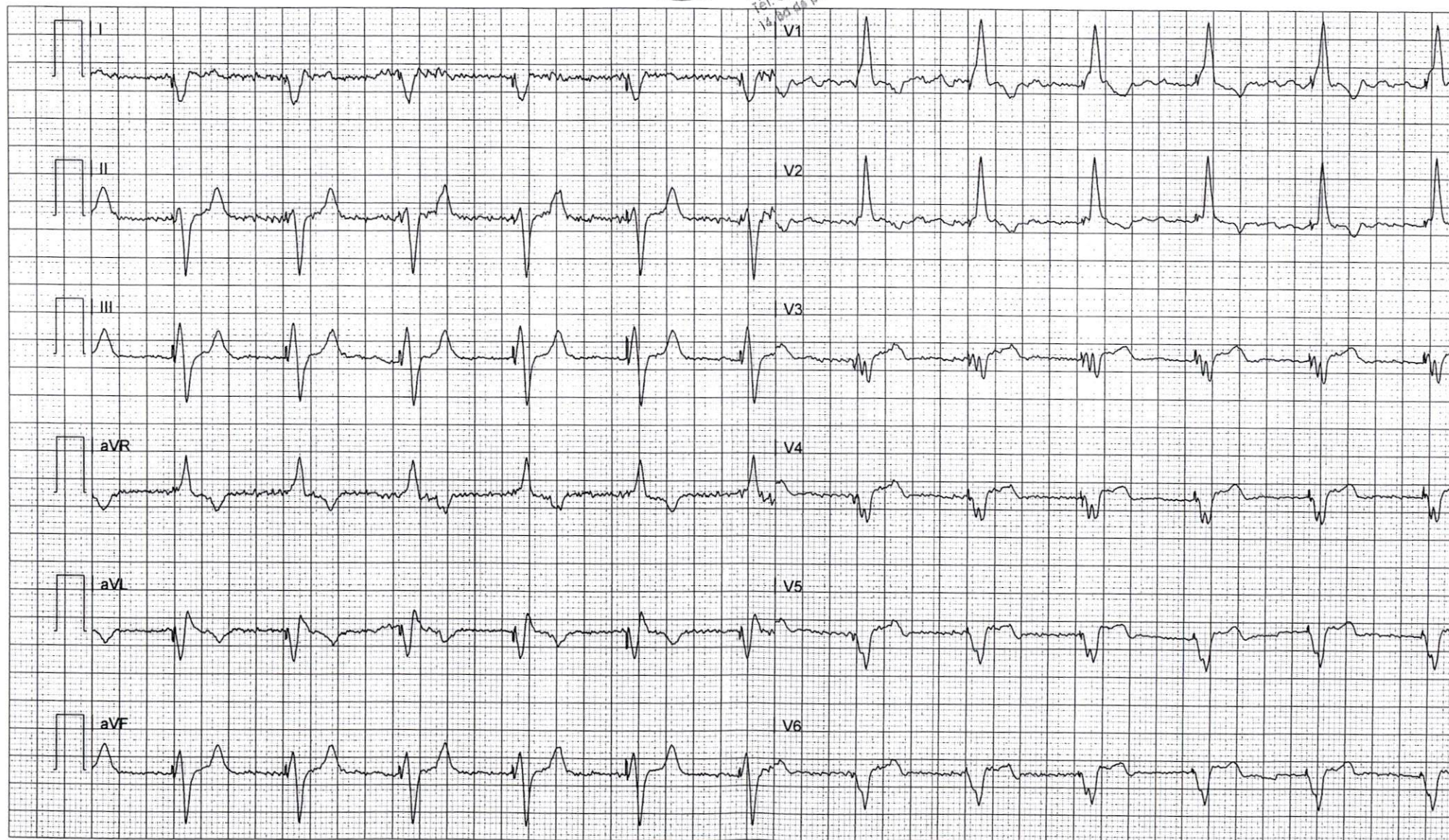
Revu par:

Signé par:

Date:

Dr. Abdelhamid Moustaghfir  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie interventionnelle  
tél: 0522 26 53 53 - fax: 0522 26 53 55  
14, Bd de Paris I et étage II-10000 Algérie

Bonne stimulation biventriculaire





ABDELILAH MIKOU  
Device: Compia MRI CRTD DTMC2D1  
Serial Number: RPR609063S

Date of Visit: 21-Feb-2023 17:14:32  
SW034 Software Version 8.5 (3.1)  
Copyright © Medtronic, Inc. 2020

## Battery and Lead Measurements Report

Page 1

Last Interrogation: 21-Feb-2023 17:14:32

### Remaining Longevity 21-Feb-2023

Estimated at: 8.2 years  
Minimum: 7.3 years  
Maximum: 9.2 years

RRT > 5 years  
(updated based on parameter settings)

### Battery Voltage 21-Feb-2023

Voltage 3.01 V  
(RRT=2.73V)

### Last Charge 04-Feb-2023

Charge Time 4.0 sec  
Energy 0.0 - 18 J

### Sensing Integrity Counter Since 22-Dec-2022

Short V-V Intervals 21

### Lead Impedance

A. Pacing 342 ohms 21-Feb-2023

ABDELILAH MIKOU  
Device: Compia MRI CRTD DTMC2D1  
Serial Number: RPR609063S

Date of Visit: 21-Feb-2023 17:14:32  
SW034 Software Version 8.5 (3.1)  
Copyright © Medtronic, Inc. 2020

## Battery and Lead Measurements Report

Page 2

### Lead Impedance

RV Pacing (Bipolar) 703 ohms 21-Feb-2023  
LV Pacing (LVtip to RVcoil) 646 ohms 21-Feb-2023  
RV Defib 45 ohms 21-Feb-2023  
SVC Defib 57 ohms 21-Feb-2023

### Sensing

P-Wave Amplitude 0.6 mV 21-Feb-2023  
R-Wave Amplitude No Data

### Last High Voltage Therapy

No measurement since reset.