

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-720406

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2408 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUABDELLAH CHAIFA

Date de naissance : 3/9/69

Adresse : 24, Rue chejhaoune oujda

Tél. : 0666180542 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL ALAMI EL SABEH HSSAN
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Zerkouni Rue My Legrari
Imm. Orient 2. 1er Etage - OUJDA
Tél. : 05 36 68 21 68

Date de consultation : 3/9/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : ARTERIOHYPERTENSION

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 : oujda Le : 24/9/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

24

Dr EL ALAMI EL SABEH HISSAN
CARDIOLOGUE
Angle Bd Zerkouni Rue My Legrand
Imm Orient 2, 1er Etage - OUJDA
Tél : 05 36 68 21 68

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MY. IDRISSE N°7, Bd. IDRISSE Al Akbar OUJDA - Tel : 05 36 68 43 99 Fax : 05 36 70 27 57</p>	24/2/23	750,00
		INPE: 08243118

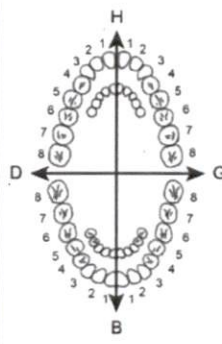
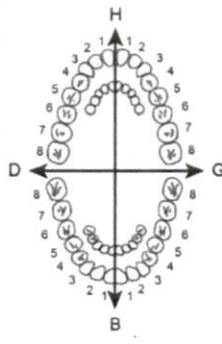
[illegible]

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

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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
					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><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>			H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
					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

Dr IHSSAN EL ALAMI EL SABEH

Spécialiste en Cardiologie

Ex. Cardiologue à la Polyclinique
de la CNSS OUJDA



الدكتور إحسان العلمي السبع

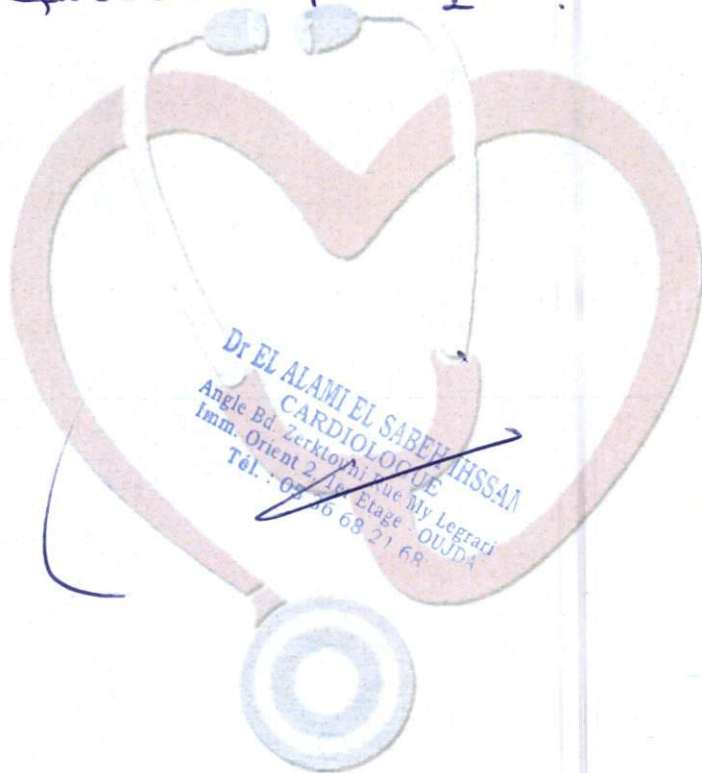
اختصاصي في أمراض القلب

طبيب امراض القلب سابقا
في مصلحة الضمان الاجتماعي وجدة

Bou ABDELLAH
CHRIFA

24 FEB 2023

* Reçu de 300 DH pour C₂ + ECG.



زاوية شارع الزرقطوني وزنقة مولاي احمد لكراري عمارة اوريون 2 - الطابق 1 (مقابل مقهى الباهية) وجدة
Angle Bd Zerkouni et Rue My Ahmed Lagrari - Imm Orient 2 - 1er Etage (en face café EL BAHIA)

Email : i.elalamielsabeh@gmail.com - Tél.: 05 36 68 21 68 - OUJDA

Dr IH



LOT: 22111C
EXP: 04/2024
PUC: 250.000H

Fabrication:
bella vie
Rue E. Ducloux, 9b
5060 Sambreville - Belgique

Distribué par:
HEALTH
INNOVATION
10 Rue Racine Valfleur, Maail
Casablanca Maroc
+212 522 23 22 61
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N°Enregistrement au
ministère de la santé



LOT: 22111C
EXP: 04/2024
PUC: 250.000H

Fabrication:
bella vie
Rue E. Ducloux, 9b
5060 Sambreville - Belgique

HEALTH
INNOVATION
10 Rue Racine Valfleur, Maail
Casablanca Maroc
+212 522 23 22 61
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N°Enregistrement au
ministère de la santé

Spécialité en Cardiologie

Ex. Cardiologue à la Polyclinique
de la CNSS OUJDA

طبيب امراض القلب سابقا
في مصحة الضمان الاجتماعي وجدة

BOUABDELLAH
CHARIFA

24 FEB 2023

Ordonnance pour trois mois

CHIPROL

S.V

PHARMACIE Dr. IDRIS
N°7, Bd. Idri's Al Akbar
OUJDA - Tél : 05 36 68 43 99
Fax : 05 36 68 27 57

Dr EL ALAMI EL SABEH IHSSAM
Angle Bd Zerkouni / Rue My Ahmed Lagrari
Imm. Orient 2 - 1er Etage - OUJDA
Tél : 05 36 68 21 68



LOT: 22111C
EXP: 04/2024
PUC: 250.000H

Fabrication:
bella vie
Rue E. Ducloux, 9b
5060 Sambreville - Belgique

Distribué par:
HEALTH
INNOVATION
10 Rue Racine Valfleur, Maail
Casablanca Maroc
+212 522 23 22 61
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N°Enregistrement au
ministère de la santé
2022121844V1-CHMPC18



زاوية شارع الزرقطوني وزنقة مولاي احمد لكراري عمارة اوريون 2 - الطابق 1 (مقابل مقهى الباهية) وجدة
Angle Bd Zerkouni et Rue My Ahmed Lagrari - Imm Orient 2 - 1er Etage (en face café EL BAHIA)
Email : l.elalamielsabeh@gmail.com - Tél.: 05 36 68 21 68 - OUJDA

BTL-08 MT+ 24.02.2023 12:27:35 6.61.9690R100 d3647 Cherifa Bouabdellah

[UV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs
I	31	-22	-86	796	-	-	-	214	-	0.01	-12
II	95	-54	-	37	-692	-	-	443	-	0.09	10
III	69	-32	-	137	-1023	-	-	225	-	0.08	10
aVR	38	-59	-383	159	-88	-	-	-	-328	-0.05	-11
aVL	-	-26	-112	821	-	-	-	11	-48	-0.04	-18
aVF	78	-46	-	92	-857	-	-	-	-	0.08	12
V1	45	-70	-	123	-1014	-	-	331	-	0.05	1
V2	29	-52	-	169	-1225	-	-	442	-	0.11	9
V3	93	-16	-	370	-1210	92	-	426	-	0.03	-19
V4	31	-34	-	565	-804	-	-	496	-	0.07	5
V5	29	-26	-	759	-609	-	-	437	-	0.05	1
V6	33	-37	-75	810	-478	-	-	383	-	0.04	0

Interprétation (rapport non confirme)

RYTHME SINUSAL
DEVIATION AXE GAUCHE MARQUE
ECG ANORMAL

mesure

FC: 67 /min
RR: 890 ms
QRS: 82 ms
QT/QTc: 378 / 401 ms
P/PQ(PR): 110 / 162 ms
P/QRS/T: 73° / -45° / 66°

073P1B-04258