

# 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- 0016856

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 004.50

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : 119 HAY AL WAKDA EL ALIA

20830 Mohammedia - Maroc

Tél. : 0633266200

Total des frais engagés : 735,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/08/2013

Nom et prénom du malade : Zeggani Mohamed 01.01.1942

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD mal chronique

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 : Mohammedia

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
26/04/23	CSTERA		300,00	Dr. S. EL HADJ Cardiologie & Explorations INPE : 101242311

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HASSANIA Dr. BERRY NAFAT N° 165, Bd. De la Résistance El Aïta - MOHAMMEDIA Tél. : 05 23 28 76 61	26/04/23	435,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

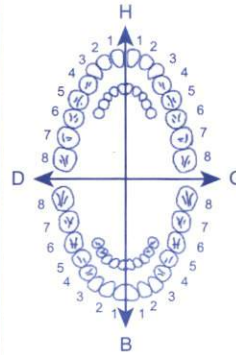
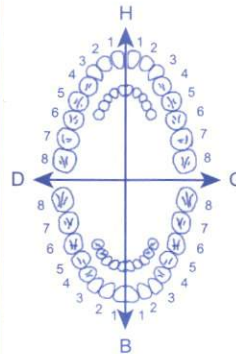
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
				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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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

**Dr Selsabille EL HADDAJI**

Cardiologue  
Consultations & Explorations  
Cardiovasculaires



الدكتورة سلسبيل الهداجي  
أخصائية أمراض القلب والشرايين

-Lauréate de la faculté  
de médecine et  
de pharmacie de Rabat

-Ancien médecin interne  
du CHU de Rabat  
et des hôpitaux de Paris

-Ancien médecin assistant  
des hôpitaux - Belgique-

-Médecin attaché à  
l'hôpital Cheikh-khalifa  
ibn zayed

ECG-Echodoppler cardiaque et vasculaire  
Epreuve d'effort-Holter rythmique et tensionnel  
Exploration du SNA

**Mr ZEGGANI MOHAMED**

**26/04/2023**

3x 21,80  
1 - CONVERTAL 25 mg

1-0-1

2 - zyloric 100mg

0-0-1

2x 27,80  
3 - CARDIOASPIRINE 100MG

0-1-0

5x 18,00  
4 - costal 10mg

0-0-1

435,30

DR.Selsabille EL HADDAJI  
Cardiologie et maladies vasculaires  
cardiologie interventionnel  
INPE : 101242311

PHARMACIE EL HASSANIA  
r. BERRI Najat Ep. LBOUCHE  
N° 165, Bd. De la Résistance  
El Alia - MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 28 76 61

📍Boulevard Mohammed VI (Riad Auparavant),  
Lotissement Massira FB 14, 1<sup>er</sup> Etage, Appart 2 - Mohammedia  
شارع محمد السادس (الرياض سابقا) قطاع المسيرة رقم 14  
الطابق الأول. رقم 2 - المحمدية

☎ 05 23 28 39 39

✉ selsabille.elhaddaji@gmail.com

PPV 91DH80

PPV 91DH80

PPV 91DH80

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



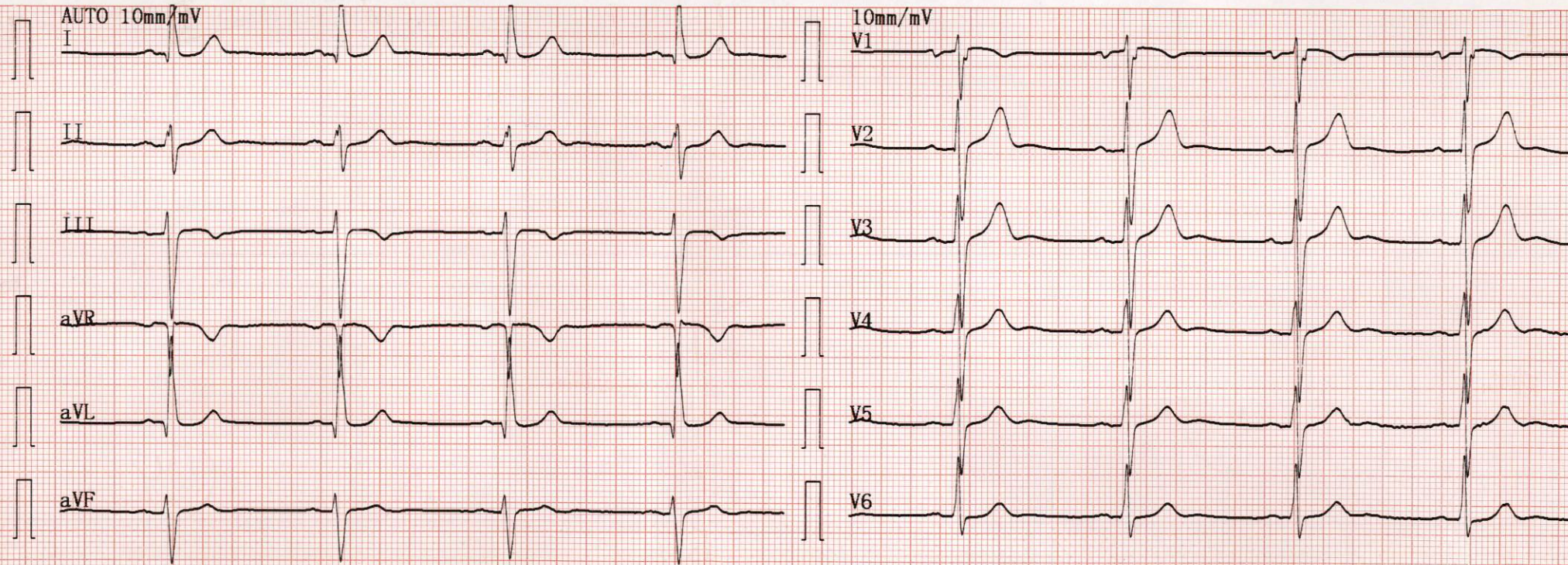
6 118001 090280

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280





25mm/s AC50Hz+DFT0.50Hz+LPF100Hz

CE

Dr SELSABILLE EL HADDAJI  
2023-04-26 14:48

ID : \_\_\_\_\_  
 Nom: zeggani mohamed Sexe: Homme Age: \_\_\_\_\_  
 Taille: \_\_\_\_\_ cm Poids: \_\_\_\_\_ kg SYS/DIA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg  
 HR [bpm] : 52  
 PR Interval [ms] : 196  
 P Duration [ms] : 120  
 QRS Duration [ms] : 98  
 T Duration [ms] : 205  
 QT/QTc (Bazett) [ms] : 416/385  
 QTc (Hodge) [ms] : 402  
 QTc (Framingham) [ms] : 392  
 QTc (Fridericia) [ms] : 396  
 P/QRS/T Axis [deg] : 49.2/-32.2/28.6  
 R(V5)/S(V1) [mV] : 0.71/0.82  
 R(V5)+S(V1) [mV] : 1.53

**\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\***  
 Ryth. sinusoidal norm.;  
 Dévia. ax. gche sévère;

ADS M22-0016856

CE

Médecin