

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0056248

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02189

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MAATOLIKUI Mohamed

Date de naissance :

1956 CAS

Adresse :

G.T. Rue 105 N° 6 OULFA
CASABLANCA

Tél.

0664022730

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houss EL HADI
CARDIOLOGUE
159, Bd Sidi Maârouf, (Lot Dandoun)
1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 58 49 57 - 06 50 69 53 36

Date de consultation :

18/09/2023

Nom et prénom du malade :

DAOUKH Najia

Age: 64ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Vautes 71

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 :

CAS

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/09/2023 | Ce | 4 | 250 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

18/09/2023 82,50

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

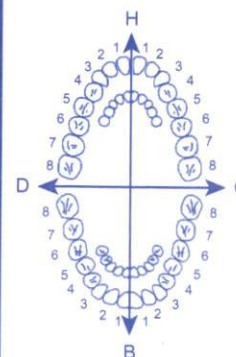
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

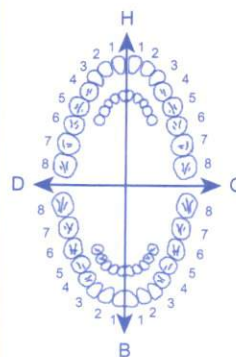
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

DIU Echocardiographie de l'Université
Bordeaux II

DU Epreuve d'effort et réadaptation cardiovasculaire
de l'Université Bordeaux II



الدكتورة هدى الهادي

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو II

دبلوم اختبار الجهد بجامعة بوردو II

Casablanca, le

18/9/2023

Mme Najia DADDOUKH

VENOXYL gel : 82,50
1 application 2 fois/jour

VF74 0925
LOT PER GED
Prix 82,50



Pharmacie AL ADARISS
AADIL LOUBNA
Dr. en Pharmacie
Bd. Al Adarissa N°49 Lotissement
Jnanate Sidi Maârouf Ouled Nadj
CASABLANCA
Tél: 05 22 32 13 89

Dr. Houda EL HADI
CARDIOLOGUE
159, Bd Sidi Maârouf, (Lot Dandoun)
1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 58 48 57 - 06 50 69 53 36

159, Bd Sidi Maârouf (Lot. Dandoun) Sidi Maârouf - 1^{er} étage - Casablanca

Tél : 05 22 58 48 57 - Urgences : 06 50 69 53 36 - E-mail : dr.elhadicardio@gmail.com

Dr Houda EL HADI

Nom : DADOUKH NAJIA

Sexe : Femme

Age : 63Y

SN:0003447

Date:18/09/2023 16:44:00

Clini:

Lit:

Servi:

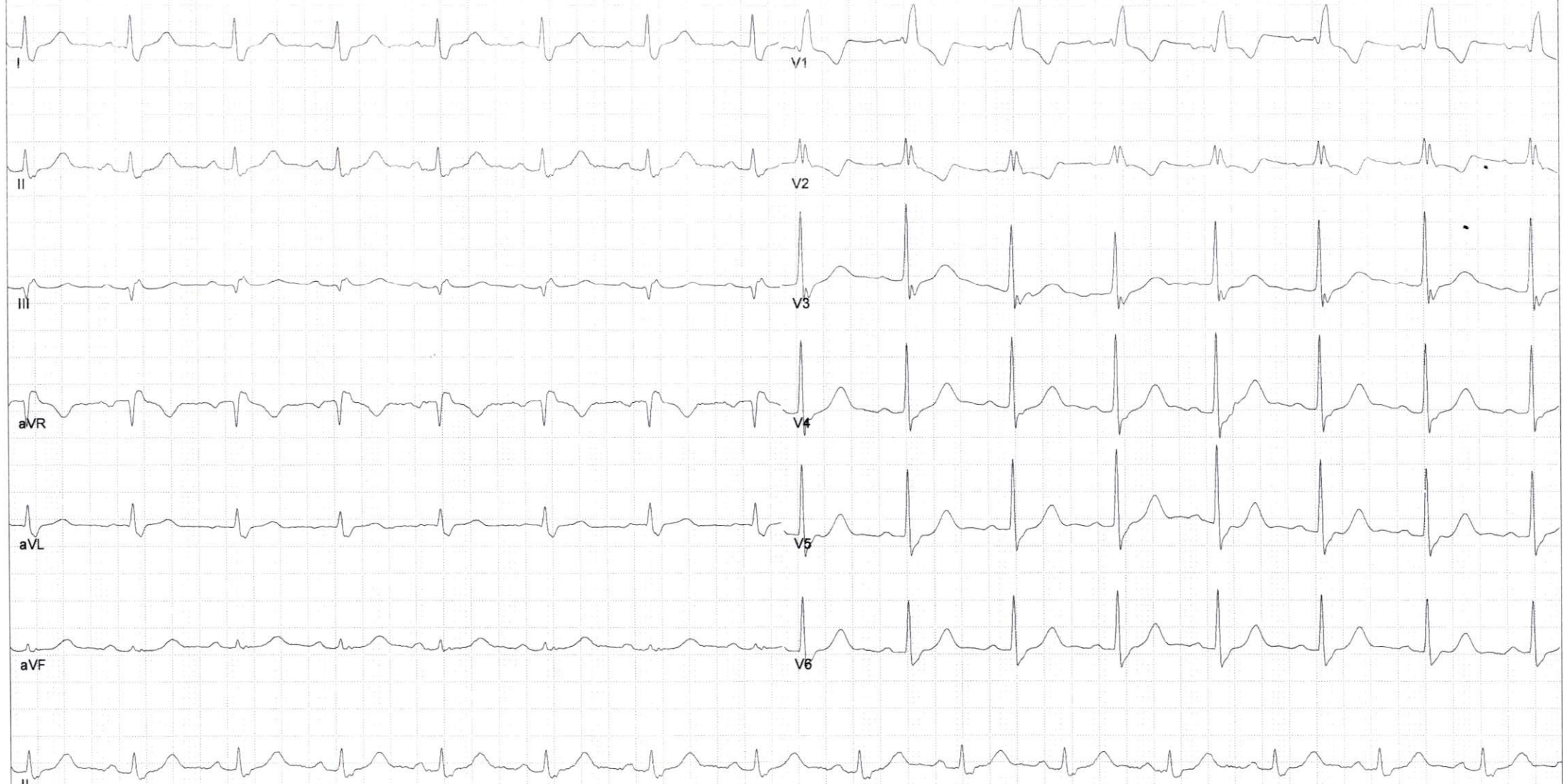
Cas:

| | | | |
|---------------------|---------|----------------|--------|
| Fréquence : | 1000 Hz | Intervalle PR | 176 ms |
| Temps d'échantillon | 12 s | Intervalle QT | 412 ms |
| HR: | 79 bpm | Intervalle QTc | 472 ms |
| Intervalle P | 96 ms | Axe P | 62,33° |
| Intervalle QRS | 72 ms | Axe QRS | 22,41° |
| Intervalle T | 210 ms | Axe T | 47,86° |

Prompt:

Dr. Houda EL HADI
CARDIOLOGUE
 159, Bd Sidi Maârouf (Kot Dandoun)
 1er Etage Sidi Maârouf - Casablanca
 Tél: 0522 58 48 57 - 06 60 69 53 36

Signature du médecin :



00:00

25mm/s 10mm/mV