

## 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

N° W21-803919

80491  
Autres

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3404 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GASSOU Ahmed

Date de naissance : 08/05/1960

Adresse : Res. RIAD AL ANDALOUSS ALMERIA  
UNIA 3 CALIFORNIA

Tél. : 06 61 19 16 39 Total des frais engagés : 1299,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. ALAMI Mohamed**  
Professeur en Cardiologie  
284 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 OCT 2023

Nom et prénom du malade : HAFIX Age: 62

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

Nature de la maladie : free

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 19/10/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



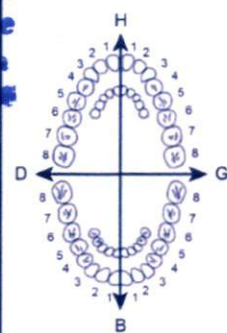
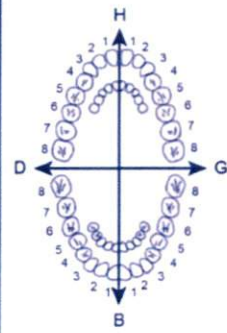
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/01/2023	CS	1000	300	<b>Dr. ALAMI Mohamed</b> <b>Professeur en Cardiologie</b> <b>264 Bd Ghandi - Casablanca</b> <b>Tel : 06 22 39 01 12 / 06 81 15 78 08</b>
06/01/2023	Echographie	1000	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MOUKRIM</b> 30 Rue 30 - Mandarona Ain Chock Tel : 0522 21 39 75 - Casablanca	06/10/23	487,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
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	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, 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 Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## ORDONNANCE

06/10/2023

CHAFIK LAILA

114, 10 x 3.

**CRESTOR 5**

1cp /J

**ISOXAN**

1cp /J

20j



145,00  
487,30

Dr. ALAMI Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

صيدلية مكرم  
PHARMACIE MOUKRIM  
60, Rue 30 - Mandarona Ain Chock  
Tél: 0522 21 39 75 - Casablanca

**Docteur Mohamed Alami**

Professeur Agrégé en Cardiologie

Spécialiste des Maladies

Du Cœur et des Vaisseaux

PATENTE : 34822560

**F A C T U R E A703/23**

Mme CHAFIK LAILA

06.10.2023

- CONSULTATION CARDIO + ECG
- ECHOCARDIOGRAPHIE

300 DHS  
1000 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE TROIS CENT DIRHAMS.

**Dr. ALAMI Mohamed**  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél : 06 22 39.01.12 / 06 61 15 78 06



# Images report: 8 images

GE Healthcare Hospital  
Ultrasound Laboratory

Name **CHAFIK, LAILA**  
Birthdate **08/11/1960**  
Patient Id **16344**  
Sex **Femme**  
Height  
Weight  
BSA  
BP

Date **06/10/2023**  
Tape  
Sonographer **Default user**  
Referral Dr.  
Diagnosis Dr.

Image 1



Image 2

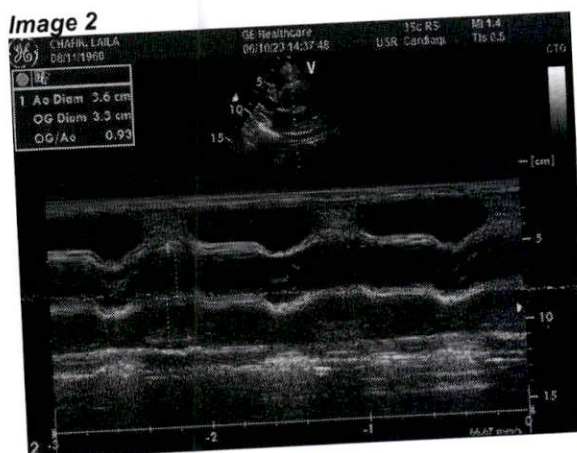


Image 3

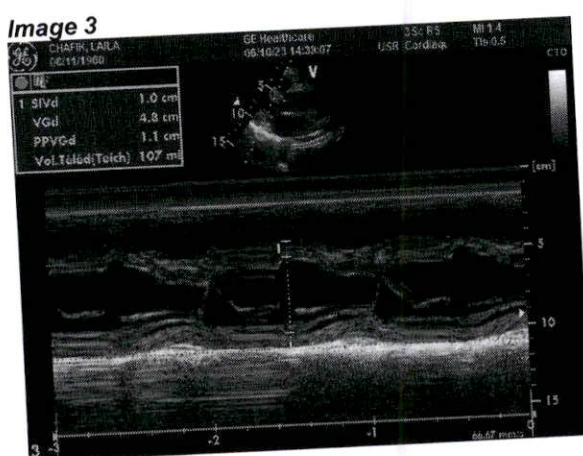


Image 4



Print Date: 10/6/2023

# ECG

Pr ALAMI M ( s2 )

Nom : CHAFIK LAILA

Sex : Female

Age : 63

Clinique N :

Section :

SN : 0021816

Case No. :

Lit No. :

Date : 06/10/2023

bpm  
ms

53  
1130

53  
1137

55  
1096

54  
1107

55  
1082

57  
1050



25mm/s 10mm/mV

00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

Prompt:

Frequency:	1000Hz	PR Interval:	153 ms
Sample Time:	11s	QT Interval:	419 ms
HR:	55bpm	QTc Interval:	401 ms
P Interval:	112ms	P Axis:	36.80°
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	16.60°
T Interval:	186 ms	T Axis:	41.70°

**Dr. ALAMI Mohamed**  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

Signature Medecin :