

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

183382

Déclaration de Maladie

N° W21-826420

~~183382~~

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAO

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : N° 56 Rue EL KELLILE HAY ARRANA

CASN

Tél. : Total des frais engagés : 731,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2023

Nom et prénom du malade : AZIZ ABARICA Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : CASN Le 04/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
09/04/2008	QTEC000	300	300	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 09/04/08 DR. MICHAM CAROLINE OUD N° 17, Place Saint-Jacques GSM: 06 91 45 00 08

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AMAL ALI SARL AU Dr. AMEL IOUAIDI Sidi Maarouf - Casablanca Tel / Fax 05 22 97 32 10 GSM . 06 61 60 54 68</p>	09/11/23	631,00

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

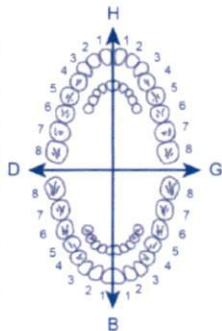
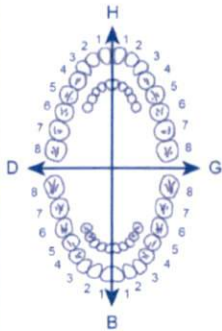
[illegible]

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 : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed

CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص واستشارات
أمراض القلب والشرايين
دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

محاضر بكلية الطب ببروكسيل

Casablanca, le...

4/11/23

N° Aziz Abank

PPV: 114DH30
PER: 05/26
LOT: M1601

PPV: 114DH30
PER: 06/26
LOT: M2088

PPV: 114DH30
PER: 06/26
LOT: M2088

1) 114/30 x 3)
pregn 86/12, r

2) 88/10 1/2 1/2
xe'diolol 28 1/2 1/2

T = 43/100

ttt 3 mois

عن طريق
بول
LOT 230613
EXP 01 2027
PPV 88.10 DH

PHARMACIE AHMED ALI
SARI AU
DR. AITEL OUAIDI

Sidi Maârouf - Casablanca
Tél./Fax 05 22 97 32 16
GSM 06 61 60 54 68

Dr. Mohammed CHAMI
CARDIOLOGUE (U.L.B.)
N°17, Place Charles Nicolle
Casablanca - Tél.: 05 22 48 44 01
GSM: 06 61 45 08 06

ECG

Dr CHAMI Mohammed

NOM: aziz mbarka

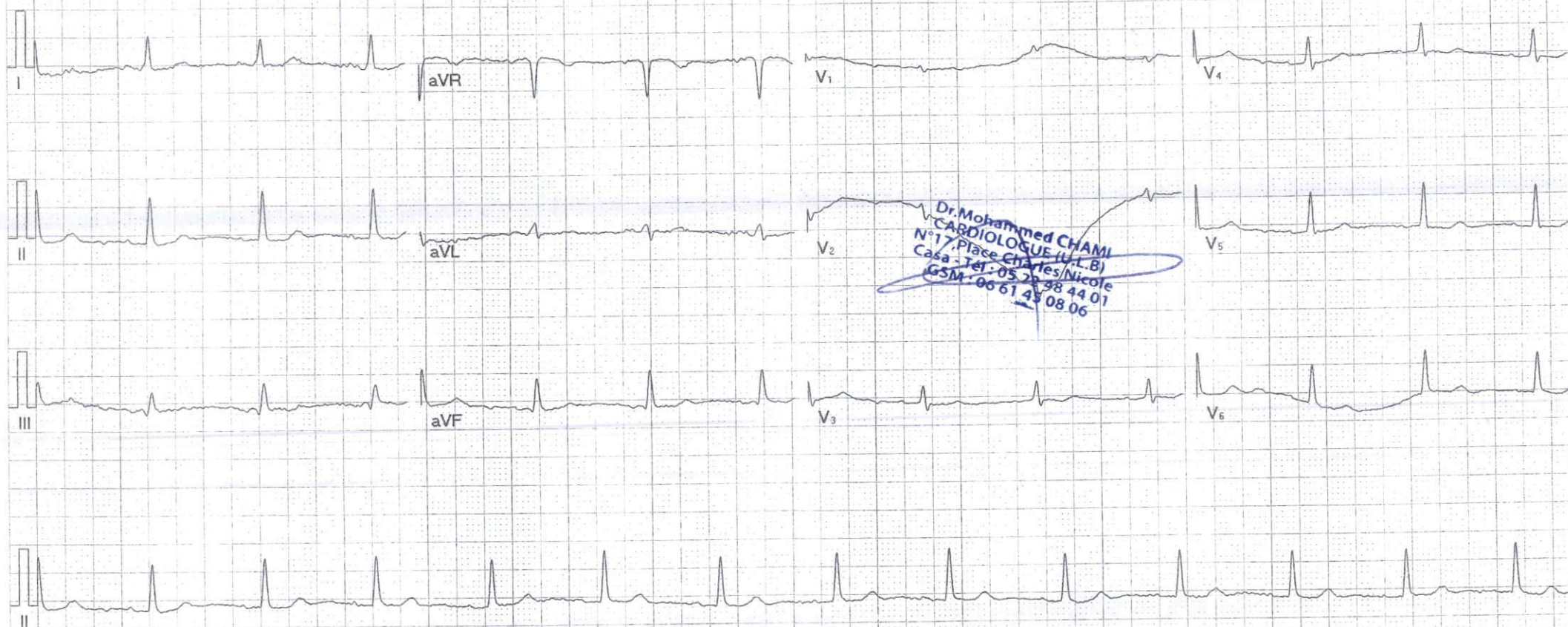
ID :

Sexe :

Age :

Date : 4-11-2023

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	108 ms
Durée Echantillon :	19 s	Intervalle QT :	401 ms
FC :	75 bpm	Intervalle QTc :	448 ms
Durée P :	72 ms	Axe P :	-55.8°
Durée QRS :	114 ms	Axe QRS :	53.0°
Durée T :	257 ms	Axe T :	46.7°

Suggestion :
Total Batts 24, Batts Normaux 24, Voltage QRS faible des dérivation précordiales, Dérivation QRS ≤ 1.0 mV des dérivation précordiales, ECG Atypique

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On