

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

- 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- 0043068

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11182 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFID MY AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0650771636 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2024

Nom et prénom du malade : HAFID MY AHMED Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 :

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
01-02-2014	CS g ECG	-	250100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-02-2014	165,40

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

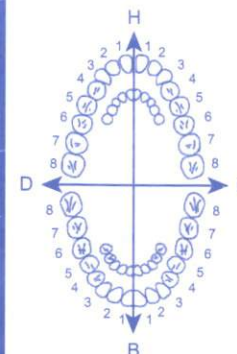
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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	

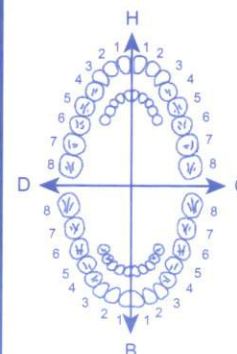
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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. FIKAL Najoua

Cardiologue



الدكتورة فكال نجوى

أخصائية أمراض القلب والشرابين

- ⊗ Ancien Médecin des Hôpitaux Savoie - Lyon France
- ⊗ Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- ⊗ Diplômée D'échocardiographie - Bordeaux France
- ⊗ Diplômée D'imagerie Vasculaire Non Invasive - Paris Descartes France

- ⊗ طبيبة سابقا بمستشفى سافوا - ليون - فرنسا
- ⊗ طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
- ⊗ دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا
- ⊗ دبلوم فحص الشرايين من جامعة باريس ديكارت - فرنسا

Casablanca, le 01-02-24.

Nom Prénom :

Dr. Hafid Zoubir Ahmed

MPV: 82DH70
PER: 10/26
LOT: M3695

MPV: 82DH70
PER: 10/26
LOT: M3695

PHARMACIE ESSENTIEL
Nadia GOURANI
234 E Loissement Zoubair
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca
Gsm: 06 67 07 50 25

82,70 x 2

2 rezar 50 g
1 cp matin
165,40

DR. FIKAL NAJOUA
Cardiologue
Boulevard Zoubir, lot N 158, étage 1
El OULFA - Casablanca
Tel.: 0522.900.200 - Gsm: 06 61 61 61 271
MP: 0912.6215

Holter ECG - Holter Tensionnel - Epreuve D'effort - ECG - Echodoppler Cardiaque - Echodoppler Vasculaire

الطابق الأول، إقامة رقم 158، شارع الزووير (مصطفى سلمات) مقابل بنك أفريقيا، الألفة - الدار البيضاء
1^{er} étage, lot N 158, Boulevard Zoubir (Mustapha Selmat), en face de BMCE Zoubir, Oulfa, Casablanca

☎ 05.22.900.200 ☎ 06.61.610.271 ✉ fikal.najoua@gmail.com

Dr FIKAL Najoua

Nom : HAFID MOULY
AHMED

Clini:

SN:0004876

Sex : Homme

Age :

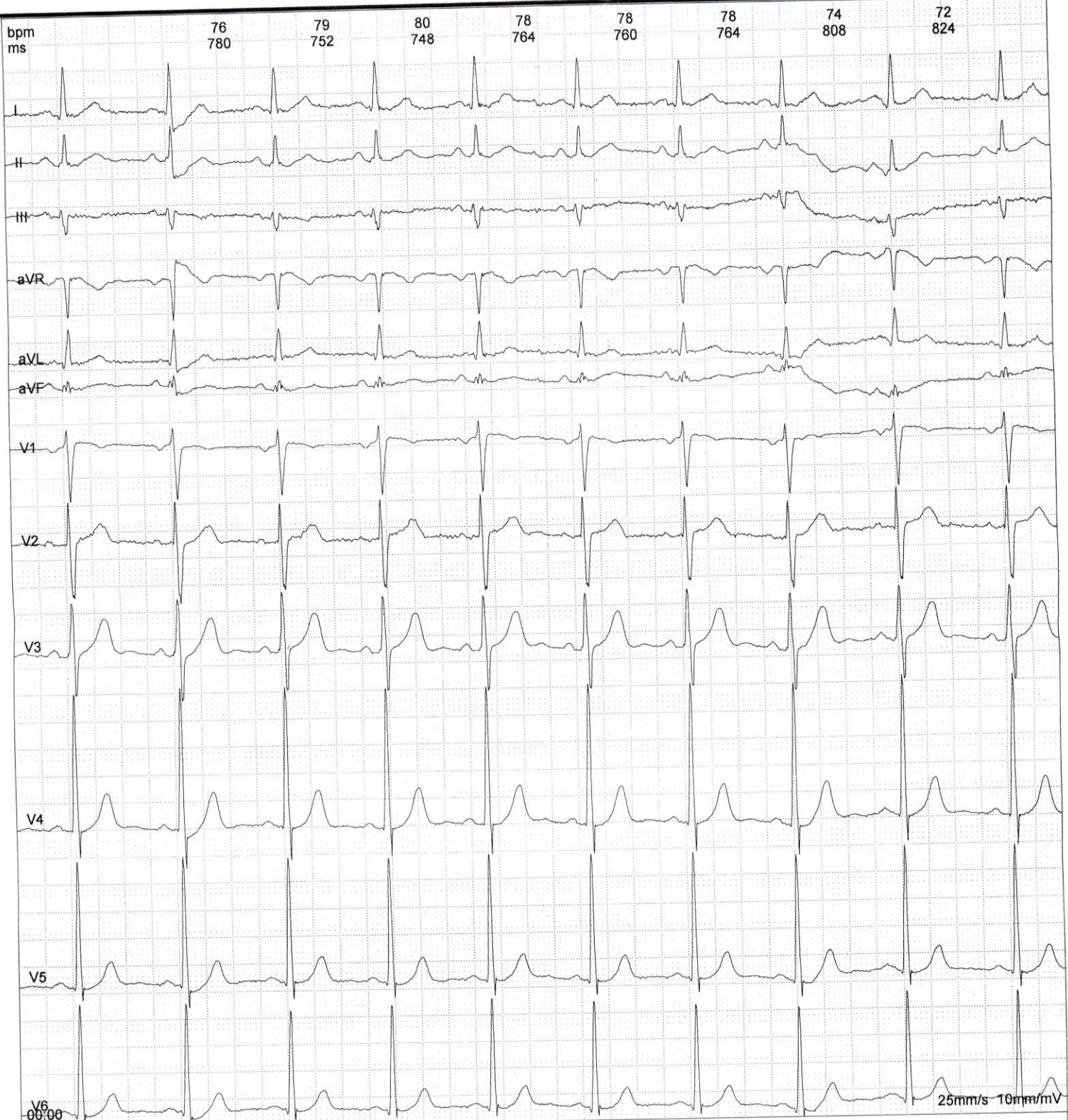
ECG

Servi:

Cas:

Lit:

Date:01/02/2024 10:46:08



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	166 ms
Temps d'échantillon	12 s	Intervalle QT	362 ms
HR:	77 bpm	Intervalle QTc	409 ms
Intervalle P	102 ms	Axe P	56,86°
Intervalle QRS	86 ms	Axe QRS	9,91°
Intervalle T	178 ms	Axe T	44,37°

Prompt:

TA = 14/8

DR. FIKAL NAJOUA
Boulevard Zouhair - Casablanca
Tél : 0529002000 - Gsm: 06 61 61 02 71
Mpe: 0912 16215

Signature du médecin :