

# 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

M23-002308

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SLANNI RACHIDA  
 Date de naissance : 04/07/54  
 Adresse : Lot Eanniba Rue 2 N°43 Hay  
 Kenema  
 Tél. : 0662014171 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. CHAHI Abdelghani  
 Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
 Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg  
 Casablanca Tél. : 05 22 52 05 05  
 Date de consultation : 07 FEB 2024  
 Nom et prénom du malade : SLANNI Rachida Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD  
 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 : CASA Le : 07/02/2024  
 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
07 FEV 2024	Maladies du Cœur et des Vaisseaux			<p>أمرأى القصاب والشرايين</p> <p><b>Dr. CHAHI Abdelghani</b></p> <p>Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Et Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05</p>

07 FEB 2024

أمراض القلب والشرايين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg.  
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

INPE 091017202

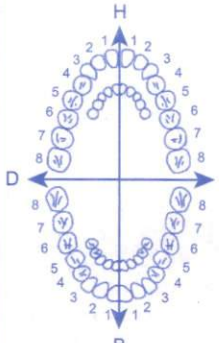
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

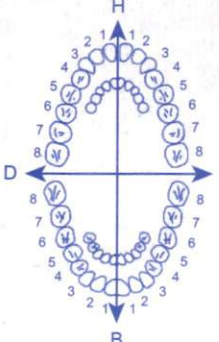
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">                     H                      25533412                      00000000                      D                 </div> <div style="text-align: center;">                     21433552                      00000000                      G                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right;">                     00000000                      35533411                      B                 </div> <div style="text-align: center;">                     00000000                      11433553                 </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>

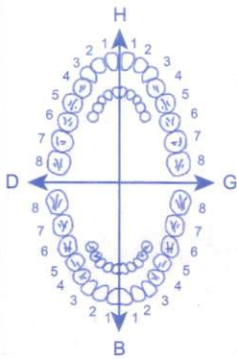
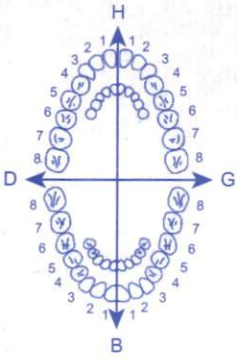
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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			
	<div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 CHAHI Abdelghani

Nom : slamni rachida SN : 0033816

Sex : Female Case No. :

Age : 70Y Lit No. :

Clinique N : Date : 07/02/2024

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 10s

FC: 67bpm

P Interval: 140ms

QRS Interval: 79 ms

T Interval: 189 ms

PR Interval: 190 ms

QT Interval: 374 ms

QTc Interval: 394 ms

P Axis: 37.10°b

QRS Axis: -10.60°b

T Axis: 23.30°b

Prompt:

الدكتور شاهي عبد الغاني  
أمراض القلب والشرابيين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Et  
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

Signature Medecin :

## ECG

