

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- 0021322

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3456

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAAMANE ABDELHAK

Date de naissance : 20/06/1956 à CAS

Adresse : 7, Rue 67 Hay My ABDELHAK
CAS

Tél. : 0698953570

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdesslam SEBTI
Cardiologue
134 Rue Attabari Bd Ghandi
Tél: 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90
05 22 39 09 09 / INPE 1991126342

Date de consultation : 21/2/24

Nom et prénom du malade : Muviniu. Khodja

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

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
21/11/2021	cardiologie	1	3000 DH	Dr. Abdesselam SEBTI Cardiologue 134 Rue Attabari Bd Ghandi Tél: 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 05 22 30 09 09 / INPE: 091126342

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 133, Bd Taza Tél: 05 22 21 59 66	28/02/2021	1021,40

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
		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 :

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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.				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

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرائين Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le 21/4/24

Monsieur Mha A/p

37,00x2

20 feuil 3/12

157,90x6

2 1021,40.

Am 3 Mar

1h 1/2

PHARMACIE AL AZ
DIOURI MOHAMED
133, Bd Taza Hay Miy Abdellah
Tél : 05 22 21 59

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue

134 Rue Attabari Bd Ghandi
Tél: 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90
05 22 39 09 09 / ANPE 1991126342

Prochain R.D.V le

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca
شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 39 09 09 / 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiordrsebti@gmail.com

***VIGNETTE**
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

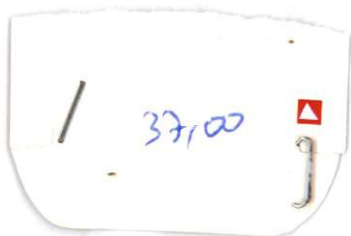
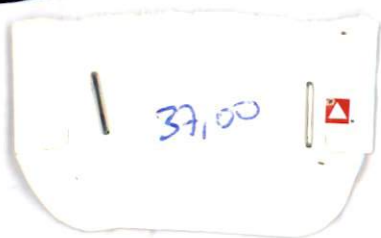
***VIGNETTE**
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

***VIGNETTE**
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

***VIGNETTE**
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

***VIGNETTE**
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

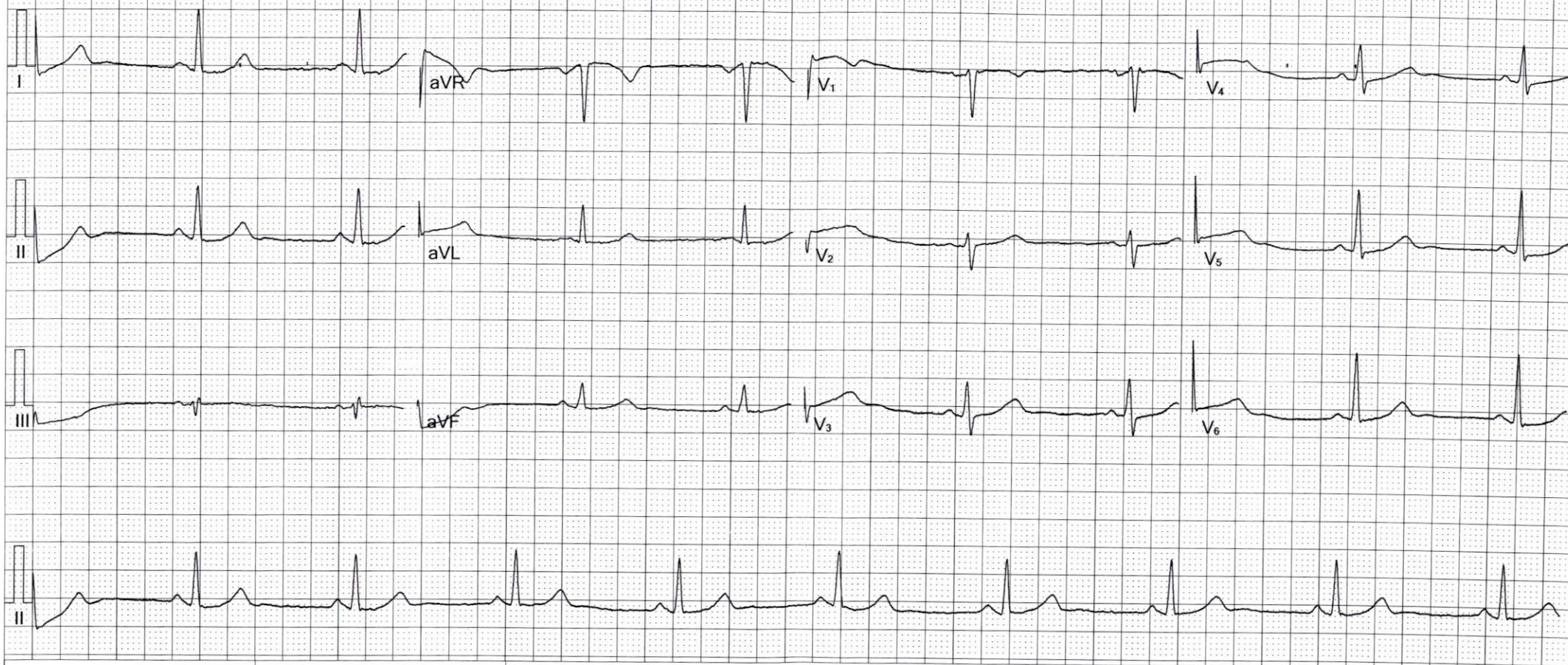
***VIGNETTE**
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD



NOM: NAAMANE KHADIJA ID : Genre : Age : 0 DOB : 28-02-2024 Date of Test : 28-02-2024 12:38
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr SEBTI Abdesselam

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	460 ms
Durée Echantillon :	17 s	Intervalle QTc :	424 ms
FC :	51 bpm	Axe P :	38.9°
Durée P :	99 ms	Axe QRS :	30.6°
Durée QRS :	83 ms	Axe T :	40.1°
Durée T :	347 ms	RV5/SV1:	1.08/0.73mV
PQ Interval :	132 ms	RV5+SV1:	1.82mV

Suggestion :

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
34 Rue Attabati Bd Ghandi
05 22 44 75 81 / 06 61 27 12
39 09 09 / INPE : 091126842

Signature Médecin: