

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'Hay
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 **ML**

N° W19-452640

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5552** Société : **RAM**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **SOUHAIL ABDELMAJID**
 Date de naissance : **01-01-1963**
 Adresse : **13 Imble A. Résid NADIA**
 Tél. : **0662 183090** Total des frais engagés : **250+605** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : **SOUHAIL ABDELMAJID** Age : **56ans**
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : **18/09/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Actes
18/09/19	CS	1	250,00 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<p>18 9 A3</p> <p>PHARMACIE EL MACHAOUDI Selwa 77-Aue Al Bachir Laalaj Cité Plateaux - Casablanca Tel: 0522 25 96 86 - JCE: 001513239000014</p>	605,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

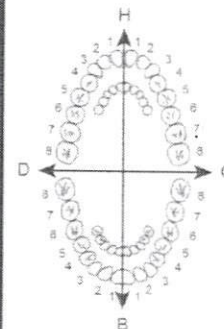
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

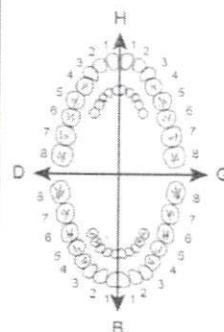
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

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 Nohad JARDI Cardiologue



الدكتورة نهاد جردى أخصائية في أمراض القلب والشرايين

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Spécialiste Doppler de l'Université Bordeaux II
- Spécialiste Vasculaire de l'Université Pierre

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بورديو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بياريس و مري كري بباريس

125,60

Casablanca, le

18/09/2019

الدار البيضاء في

Dr. Duhail Abdelmajid

125,60

125,60

1/ Regie peu sold

2/ Bioprote x - 5g / 1,25g :

1 - 0 - 0

3/ Anglor 5g :

0 - 0 - 1

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue Al Bachr Lahlaj
Cite Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 98 36 - ICE: 00151123000014

PPV: 43DH00
PER: 04/21
LOT: 1955

PPV: 43DH00
PER: 04/21
LOT: 1955

PPV: 43DH00
PER: 04/21
LOT: 1955

49,60 x 24
99,2

Deux fute 200.000 :

1 amp / 15g (pat 2 mois)

ps 1 amp / 6 mois

PPV: 49,60 DH
LOT: 19E15/B
EXPI: 05/2022

PPV: 49,60 DH
LOT: 19E15/B
EXPI: 05/2022

المستعجلات : 06 88 68 68 68 / Urgences : 05 22 89 54 25

البريد الإلكتروني : dr.jardinouhad@gmail.com

شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الألف. حي الحسن - الدار البيضاء 3 Boulevard Oum Rabia, 2ème étage Oulfa. Hay Hassani - Casablanca

IF: 18728957 - ICE: 001547343000027 - Patente: 36045002

CABINET DR JARDI NOUHAD

Nom : SOUHAIL ABDELMAJID

Sex : Male

Age : 56Y

Clinique N :

Case No. :

Lit No. :

Date : 18/09/2019

Section :

ECG

Prompt:

PR Interval: 172 ms

QT Interval: 366 ms

QTc Interval: 461 ms

P Axis: 57.90°

QRS Axis: 1.30°

T Axis: 30.80°

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha: 16s

FC: 95bpm

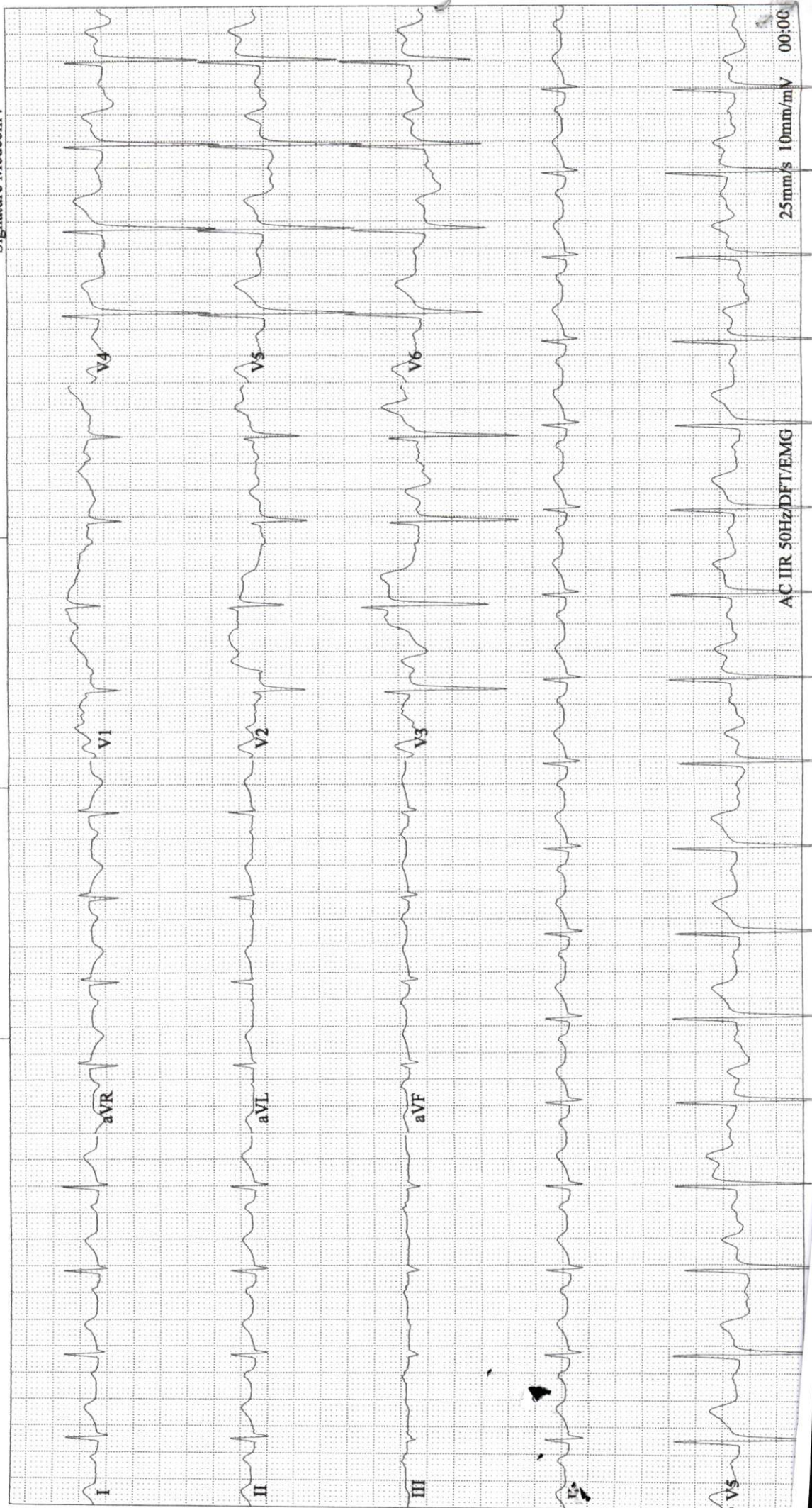
P Interval: 90ms

QRS Interval: 91 ms

T Interval: 182 ms

Signature Medecin :

L = 84mm
TA = 144/82 mmHg
reventon 132/94-40
Dr. Nohad Jardi
Cardiologue
Ecole Oufi, Hay Hassani
Casablanca 90
Tél: 05 22 22 89 54 / Urgences
Bd Oufi 2ème étage



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00