

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

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

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

N° P19-0035170

ND: 25549

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6887 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARIMA Loubi

Date de naissance : 1963 03 13

Adresse : Hay Tachanak M452T2 W12

Tél. : 06 61 18 85 06 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. HAFIDI Karim Cardiologue

Date de consultation : 25 / 03 / 2020

Nom et prénom du malade : KARIMA Loubi Age : 57

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

Nature de la maladie : Arterio-sclérose coronarienne

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 : Casablanca Le : 20 / 03 / 25

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035170

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :


Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
25/3/22	Cat. A		25000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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	

VOLET ADHERENT

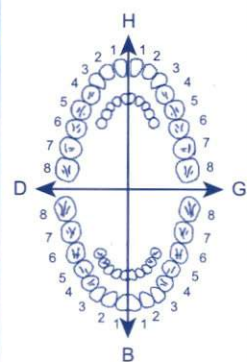
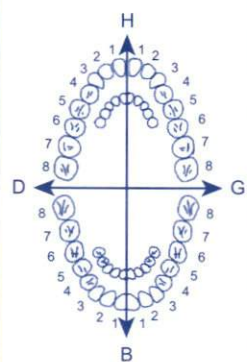
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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'EX

**Dr HAFDI Karim**

**CARDIOLOGUE**

**Maladies du Coeur et des Vaisseaux**

- Ex praticien à l'Hôpital Cochin Saint Vincent de Paul (Paris)
- Ex praticien au CHU Ibn Rochd



**الدكتور جفدي كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين**

- طبيب سابق بمستشفى كوشان بباريس
- طبيب سابق بمستشفى ابن رشد

- Diplôme d'Echocardiographie de la Faculté de Bordeaux - SEGALEN
- Diplôme d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université la Sorbonne
- Diplôme de Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris - Descartes

Casablanca, le 25/03/22

Karim Karim

- 1) Caravan 10/5 → 1/8; Netin
- 2) Kardeg 10/5 → 1/8; Netin
- 3) LD 10/5 → 1/8; Netin
- 4) L'onest 10/5 → 1/8; Netin
- 5) Odes 10/5 → 1/8; Netin
- 6) Imoumen 1/2 1/8; Netin
- 7) Fitopolis 8/5 → 1/8 x 3; (6/5)

**Dr. HAFDI Karim**  
Cardiologue  
N°3, Résidence Haytam, Hay El Walaa  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél: 05 22 71 66 36

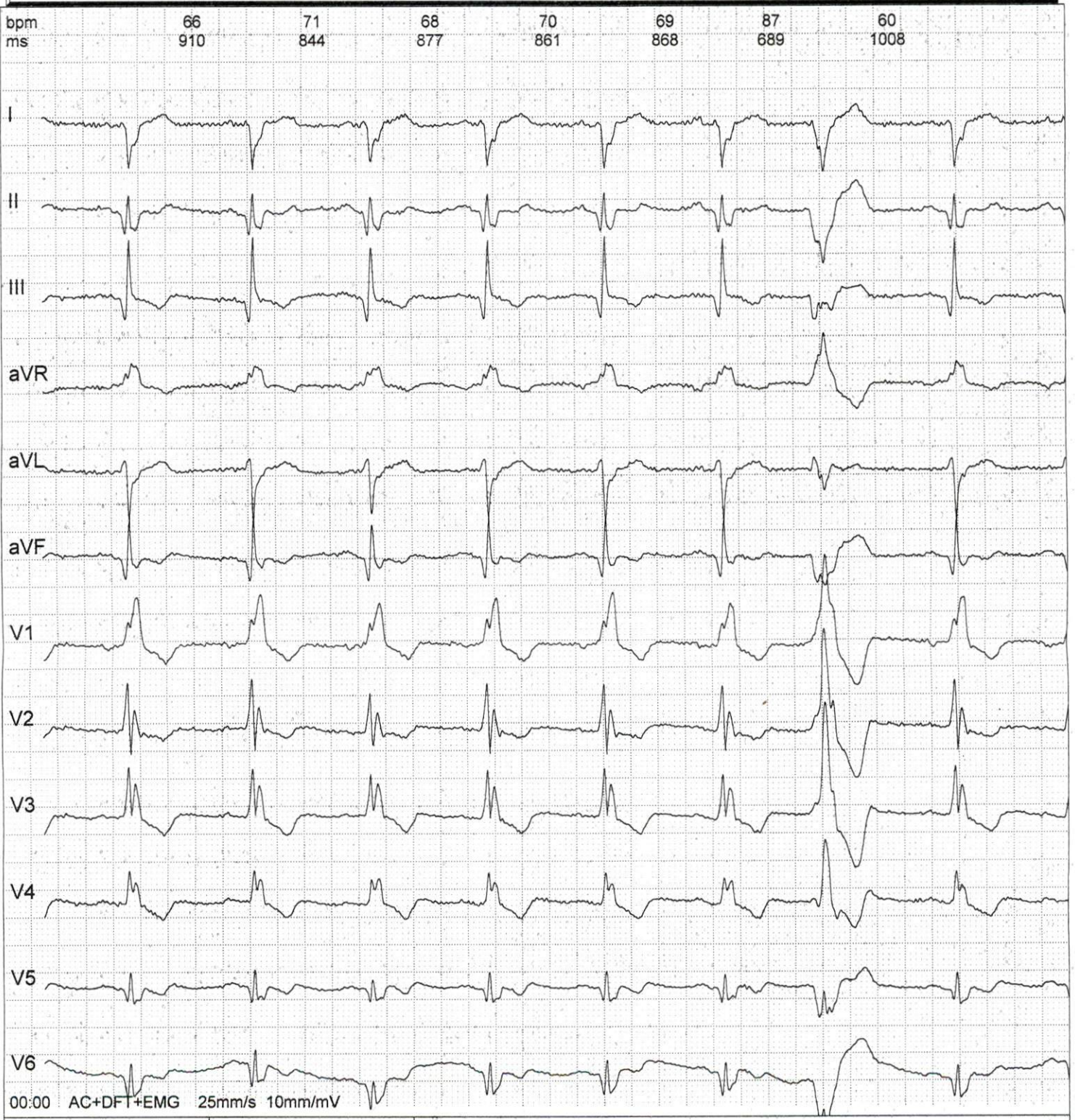


**Arrêté le présent devis à la somme de :**  
**Mille Neuf Cent Deux Dirhams et 20 centimes.**



TA: 15.018.9 (65)

Name: KARMA LARBI	Cli No.:	Sex: Male	Age: 57Y	SN: 0003027
Section:	CaseNo.:	BedNo.:	Date: 25/03/2020 13:22:51	



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	441ms	<b>Prompt:</b> Total Beats 12, Normal Beats 11, VE 1. in gear Sinus mode Target rate; Severity Right axis deviation; old inferior MI; Abnormal T wave;
Sample Time:	11s	QTc Interval:	477ms	
HR:	70bpm	P Axis:	65.90jã	
P Interval:	129ms	QRS Axis:	-173.10jã	
QRS Interval:	165ms	T Axis:	1.30jã	
T Interval:	243ms	RV5/SV1	0.23/-mV	
PR Interval:	161ms	RV5+SV1	-	

**Dr. HAFDI Karim**  
 N°3, Résidence Haytam, 11 - Walaa  
 Sidi Moumen - Casablanca  
 Tél.: 05 22 71 66 36

Doctor: HAFDI KARIM