

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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

N° P19- 067280

ND : 29827

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 890 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chakir Ned

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 39 22 04 68 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : SAHIB Fatma

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067280

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 :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES               | Dents<br>Traitées  | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient des<br>travaux |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|-------------------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|--|--|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|--|
|                               |  |                     |             | Montant des soins          |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               |  |                     |             | Début d'exécution          |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               |  |                     |             | Fin d'exécution            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               |  |                     |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               |  |                     |             | Montant des soins          |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               |  |                     |             | Date du devis              |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               |  |                     |             | Fin de                     |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               |  |                     |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
| O.D.F.<br>Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire  |                     |             | Coefficient des travaux    |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> </table> |                     |             | H                          |  |  | 25533412 |  | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 | D |  | G |  |
| H                             |  |                     |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
| 25533412                      |  | 21433552            |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
| 00000000                      |  | 00000000            |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
| 00000000                      |  | 00000000            |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
| 35533411                      |  | 11433553            |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
| D                             |  | G                   |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               | (Création, Remont, adjonction)   |                     |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |
|                               | Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             |                            |  |  |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |   |  |   |  |



W18-139917

DATE DE DEPOT

...../...../201...

|                          |          |                      |  |
|--------------------------|----------|----------------------|--|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT |          | Mle 8 20             |  |
| Nom & Prénom             |          | CHAKIR MOHAMED       |  |
| Fonction                 | RETRAITE | Phones 063 922 04 68 |  |
| Mail                     | CASBLACA |                      |  |

|   |                                   |  |     |
|---|-----------------------------------|--|-----|
| MEDECIN   | Prénom du patient                 |  |     |
| Adhérent  | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | Age |
| Nature de la maladie                              |                                   | Date 19.06.2022                            |     |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                                   | Date 1ère visite                           |     |

|                  |                     |                                 |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| 34426            | 3000                |                                 |

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| PHARMACIE             | Date 19.06.2022 |
| Montant de la facture | 473,70          |

|                              |                                 |        |
|------------------------------|---------------------------------|--------|
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES     |                                 | Date : |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |        |

|                      |    |    |    |                                 |
|----------------------|----|----|----|---------------------------------|
| AUXILIAIRES MEDICAUX |    |    |    | Date :                          |
| Nombre               |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
| AM                   | PC | IM | IV |                                 |

**Dr Saad SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie  
865 Rue Mohamed El Maani  
Tél : 06 22 37 14 38

**Docteur Saâd SOULAMI**  
**Professeur de Cardiologie**

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter

**الدكتور سعد السامي**  
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى و الدوبلر

Patient:

*Handwritten: H. Saâd*

9 JUIN 2020

*Handwritten: 679023 Fabre*

*Handwritten: 20670 Fluide*

*Handwritten: 720023 2160*

*Handwritten: 2 Detensiel*

*Handwritten: 17000 Tavegyl*

*Handwritten: 67 370*

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

**Tanganil® 500 mg**  
تاغانيل 500 ملغ  
30 comprimés - 30 قرص  
VTE: MA - PPV: 51DH00  
118001 183340

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail: cabinetssoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IRL: 091130922



SAHIB, FATNA  
ID:

0yr  
Unknown

Comment:

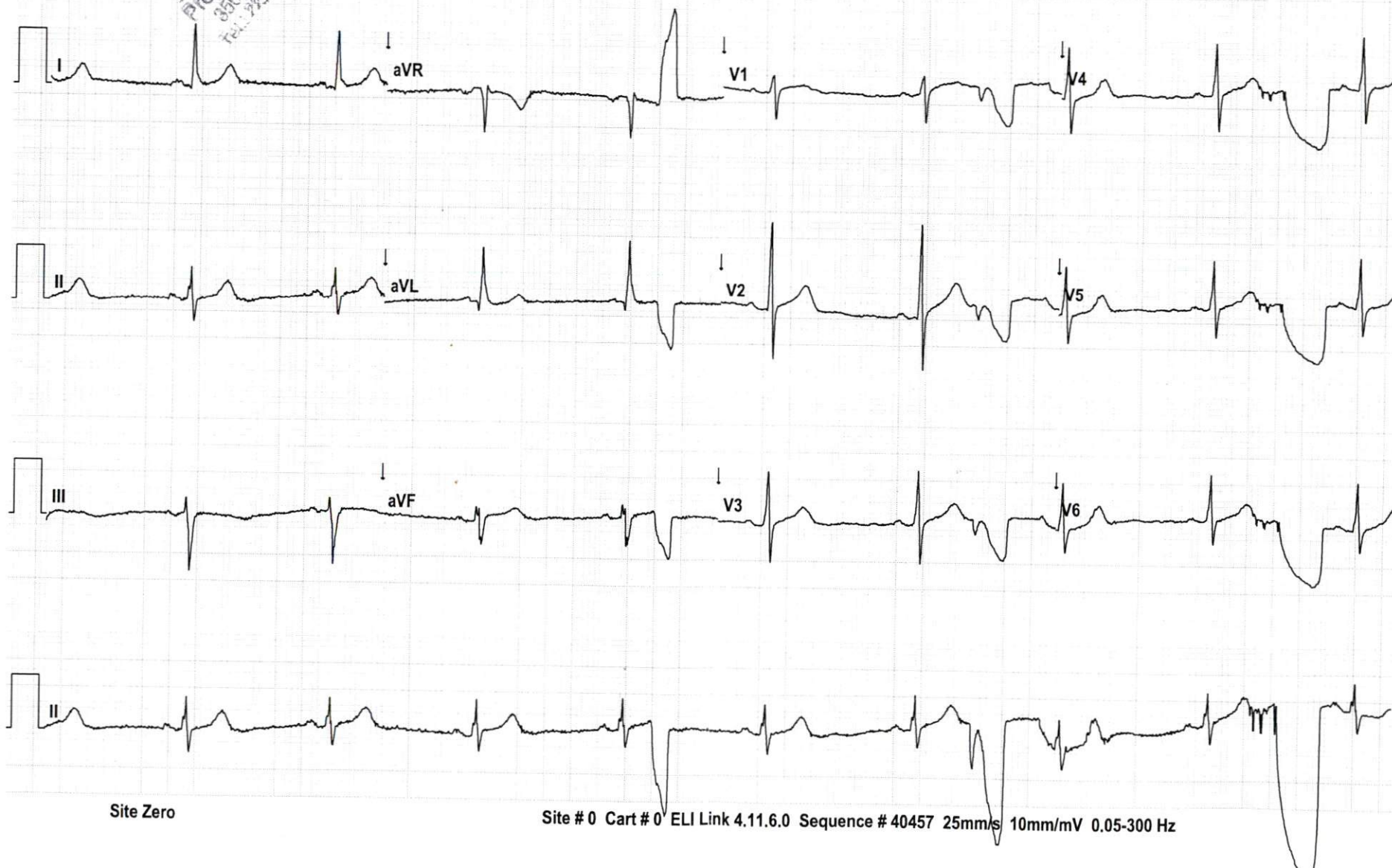
19-Jun-2020 08:04:52

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES COMPLEXES ECTOPIQUES PREMATURES  
ECG NORMAL

Vent rate: 69 BPM  
PR int: 149 ms  
QRS dur: 101 ms  
QT/QTc: 380 / 399 ms  
P-R-T axes: 30 -17 22

Revu par \_\_\_\_\_

Dr. Nihad SULLAMI  
Professeur de Cardiologie  
3500 Rue Mostafa El Maani  
Tel: 22-12 8123 1330 - CASABLANCA



Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 40457 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz