

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2458 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHEZZAR Najia

Date de naissance : 1959

Adresse : 20 passage 02 TISSIR 02 Berrechid

Tél. : 06 46 56 29 08 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ATTOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue IBN ROCHD  
Berrechid

Date de consultation : 15/07/2020

Nom et prénom du malade : KHEZZAR Najia Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## RELEVE 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
15.11.2020	CS + ECA		25.000,00 Dhs	
			ICE : 001830229000079	RAYON N° 1 CARTE N° 1 80 Rue Benachid 1 heure 30 min 314 95 22 32 65 91

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie SALIMA 15, Bd. Léopold II 1000 Bruxelles</i>	<i>03/07/2010 16/07/2010</i>	<i>322,43</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

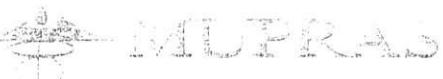
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  D & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  B &   \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



MUTUELLE DE PRÉVOTANCE &  
D'Actions Sociales de Royal Air Maroc

le 15/07/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

<input checked="" type="checkbox"/> A remplir par le praticien	
Je soussigné: .....  Dr. CUBI HASSAN 80 Rue 12 Berrechid HT: 7 hour 30 min à 14 h Tél: 05 22 32 65 24	
Certifie que M <sup>le</sup> , M <sup>me</sup> , M: KHEZZAL Najia	
Présente Dr. Aït Hachem + HT	
Nécessitant un traitement d'une durée de: 3 mois  Antécédent maladie: HTA	
Dont ci-joint l'ordonnance.	
(A défaut noter le traitement prescrit)	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 022-91-23-36/ 022-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél: 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires  
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

INPE : 06 11 75 584 - 05 22 32 65 84

بالموعد : Sur Rendez-vous.....

15.07.2020

KHEZZAN NAJIA

2218 + 2  
5500  
2670  
8900  
32240

CARDIOPASPIRINE 100mg

100x20



DIANICOND 100mg  
100x30



Pharmacie SALIMA  
84 05 22 32 65 84

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGIE  
80001 TANGER ROCHD  
Berrechid  
HT : 1 heure 30 min à 14 h  
Tél : 05 22 32 65 84

89,00

80 زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 84

Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82

# ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:KHEZZAR NAJIA

ID :1382/11

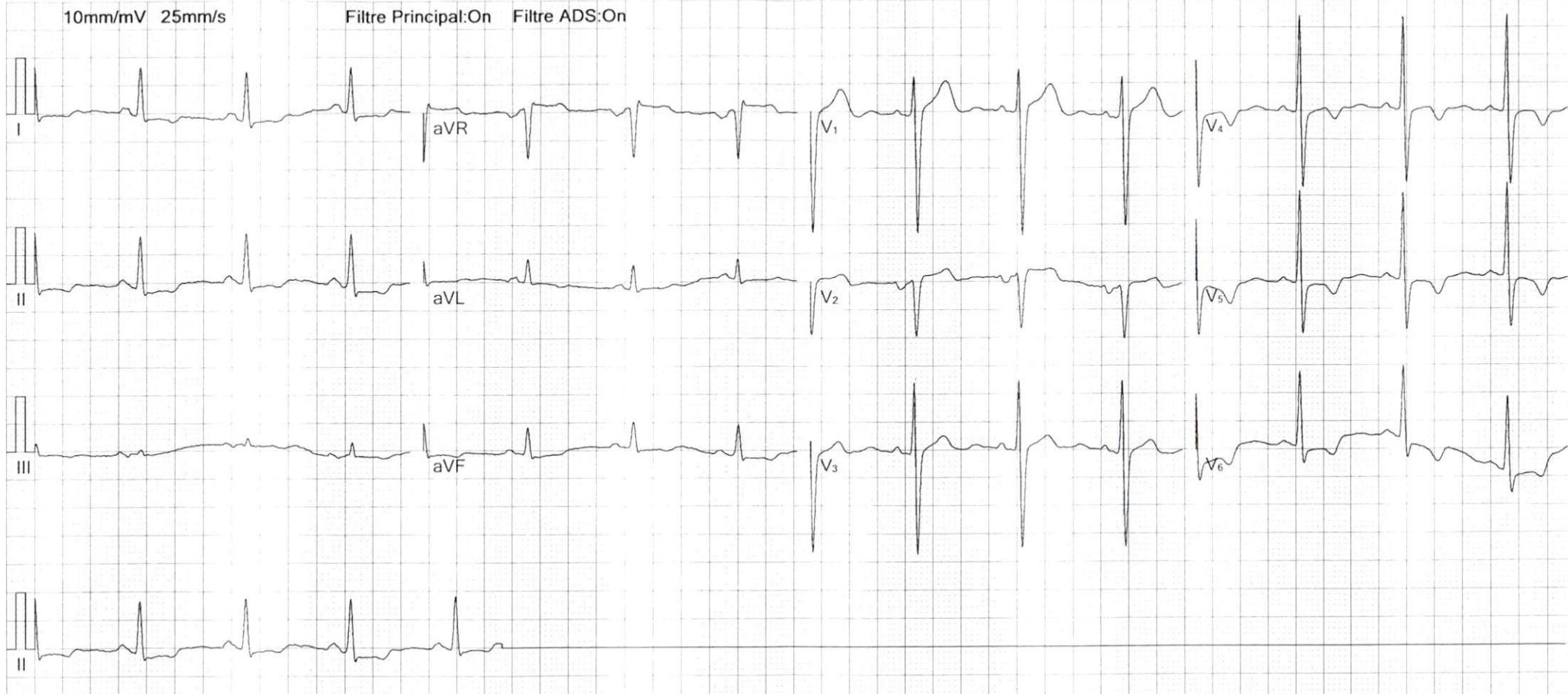
Genre :Homme Age :58 DDN :01-01-1956

Date Test :15-07-2020 13:00

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	383 ms
Durée ECG :	3 s	Interval.QTc :	442 ms
FC :	80 bpm	Axe P :	34.3°
Durée P :	100 ms	Axe QRS :	36.5°
Durée QRS :	89 ms	Axe T :	-129.2°
Durée T :	264 ms	RV5/SV1:	1.59/2.04mV
Interval.PQ :	129 ms	RV5+SV1:	3.64mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80Rue IBN ROCHD  
80100  
HT : 7 hour 30 min 22 sec  
Signature Médecin: