

## 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'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° W19-472482

35636

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUAI Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. :

0666 957545

Total des frais engagés

448,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdelhamid Moustaghfir**  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie Interventionnelle  
Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55  
14, Bd. de Paris 1er étage N°10 - Casablanca

Cachet du médecin :

06 AOÛT 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL Karrouai Rhita

Age : 35 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : palpitations

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 : 04/06/2020

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
04 JUN 2020	Co + Ec	Dr. Abdelhamid Moustagnri, Professeur de Cardiologie, Rhythmologie Interventionnelle, Tel: 05 22 25 53 53 - Fax: 05 22 25 53 53, 14, Bd de Paris 1er étage N°30 - Clichy-la-Garenne	300,1h	101100261

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/06/2020	118,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

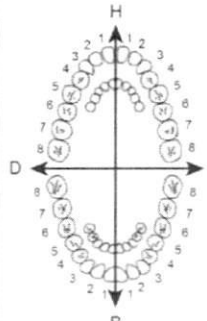
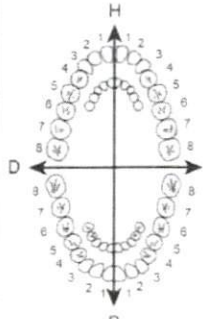
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# 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.

						COEFFICIENT DES TRAVAUX											
							MONTANTS DES SOINS										
							DEBUT D'EXECUTION										
							FIN D'EXECUTION										
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
			<table border="1"> <tr> <td>26533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		26533412	21433553	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS	
	26533412	21433553															
	00000000	00000000															
	D 00000000	G 00000000															
35533411	11433553																
B																	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



**Docteur Abdelhamid  
MOUSTAGHFIR**

**Professeur de cardiologie  
Rythmologie interventionnelle**

Ancien Chef du service de rythmologie de l'hôpital  
militaire d'instruction Mohammed V

Casablanca, le : 09/06/2020

**Ordonnance**

**Mme El karroumi Rhita**

D-CURE ampoules buv. : 2 amp. en un prise, puis une ampoule par semaine pendant 2  
mois



49,60 x 3

148,80

**Dr. Abdelhamid Moustaghfir**  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie Interventionnelle  
Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55  
14, Bd. de Paris 1er étage N°10 - Casablanca

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

Fabriqué par: **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001 320103



Fabriqué par: **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001 320103



Remboursable

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

PHARMACIE OULMES  
LARAKI HAKIMA  
ANGLE BD GRANDI ET  
Y EL MANSOUR 360906

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

Fabriqué par: **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001 320103



Remboursable

14, Bd de Paris 1er étage, 20000, Casablanca, Maroc

IF : 15190796 - ITP : 35503120 - CNSS : 4291093 -  
ICE : 001676319000072 - INPE : 101100261 -



EL KARROUMI ,ghita  
ID: 1935  
DDN: 10/03/1985  
35 Ans ,164 Cm ,60 Kg  
Femme ,Inconnu  
Méd.:  
Site:  
Médecin traitant:  
Notes: 106/72

04/06/2020 14:13:59

FC: 94 BPM  
Int PR: 140 ms  
Durée QRS: 102 ms  
QT/QTc: 332/384 ms  
Axes P-R-T: 52 44 43  
RR Moy: 634 ms  
QTcB: 416 ms  
QTcF: 386 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

**Dr. Abdelhamid Moustagniti**  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie interventionnelle  
Tel: 05 22 26 53 53 - Fax: 05 22 26 53 55  
14, Bd de Paris 1er étage N°10 - Clichy-la-Garenne

Signé par:

Date:

Tendance à une tachycardie  
sinusale. ECG Normal par  
ailleurs. 7

