

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Al Atlas Ben Abdellah - 20000 - Tél : 05 22 23 45 46 - Fax : 05 22 23 45 47 - Email : contact@mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-581835

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10561 Société : 48293
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : El A. Boui Mohamed
 Date de naissance : 27/07/66
 Adresse : Palma CATAHAN
 Tél : 06687 6918 Total des frais engagés : 320 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. HADI KATIM
 Date de consultation : 28/10/20
 Nom et prénom du malade : El A. Boui Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : pr. HTA + Dyslip
 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) : /

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
20/02/20	Ceclin	(1/16)	25000	IMP: 09109008

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/20	74.90

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

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de

[illegible]

Dr HAFDI Karim

CARDIOLOGUE

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

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



الدكتور حفدي 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

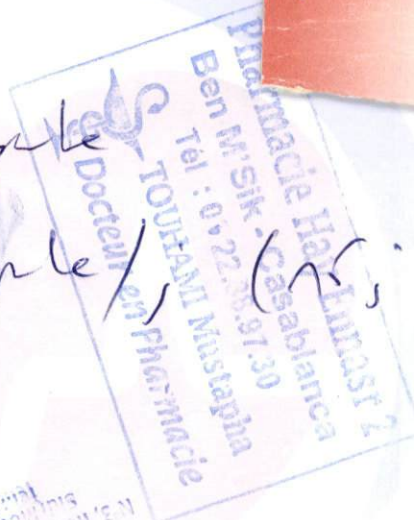
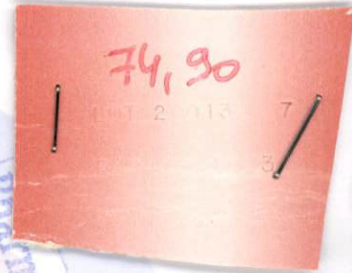
Casablanca, le 28/10/2020

El Moudi Mohamed

74.90

Biotone

Angule
Moule / (M)



Dr. HAFDI Karim
Cardiologue
Bd. Mohamed Zefzaf, Hay El Walaa, Résidence Haytam, N° 3, 1^{er} Etage, Tacharouk / Sidi Moumen
Tél.: 05 22 71 66 36 - Urgences : 06 66 23 45 11 - E-mail : hafdikarim1@gmail.com

Name: EL AIBOUDI
MOHAMED

Cli No.:

Sex: Male

Age: 56Y

SN: 0005015

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 28/10/2020 16:56:05



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	421ms
Sample Time:	11s	QTc Interval:	452ms
HR:	69bpm	P Axis:	74.10°
P Interval:	203ms	QRS Axis:	6.50°
QRS Interval:	108ms	T Axis:	25.30°
T Interval:	238ms	RV5/SV1	1.50/0.28mV
PR Interval:	231ms	RV5+SV1	1.78mV

Prompt:
Total Beats 12, Normal Beats 12.
Longitudinal Left axis deviation; I AV block;

DR. HAFDI KARIM
N°3, Résidence Hayatim, H-7 El Wajalaa
Sidi Moumen - Casablanca
Tél: 05 22 71 66 36

Doctor: HAFDI KARIM