

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 051363

ND 49713

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3204

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASMI NAZHA

Date de naissance : 15/11/1955

Adresse : 13 Rue Lavoisier apt 30, 5ème étage

Tél. : 0661209997

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**J. RAGRAUI** D.D.S. MBBS, FRCS, CH  
Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle  
**Moroccan Heart Institute**  
780, Impasse Modibokite - Casablanca  
Tél : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : ASMI NAZHA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs Thoraciques

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 : Casa

Le : 02/12/2020

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

25/11/2022  
MOROCCAN HEART INSTITUTE  
780, Impasse Modibo Keita  
Tél: 05 22 85 96 96 - Fax: 05 22 85 96 96  
Cous 300,90 DH  
Dr. DAGHAGUI DRS MBBS, FRCS (H)  
Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle  
Moroccan Heart Institute  
Tél: 05 22 85 96 96 - Fax: 05 22 85 96 96

## 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

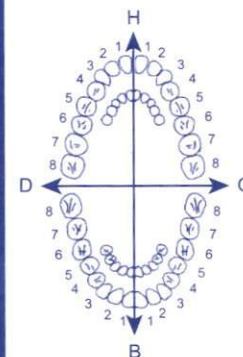
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

## 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

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B		D	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





المعهد المغربي لأمراض وجراحة القلب  
**Moroccan Heart Institute**

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520  
Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00  
ICE : 00185909000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

25/11/2020

Mme ASMI WAZHA

Veuillez-Vous faire un  
ECG.

**MOROCCAN HEART INSTITUTE**  
~~780, Impasse Modibokeita~~  
Tél.: ~~0522 83 00 83 / 0522 85 00 13~~  
Fax : ~~05 22 98 96 36 - P: 34753457~~

**D. RAGHAI DHO MBBS, FRCS, CC**  
Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle  
**Moroccan Heart Institute**  
780, Impasse Modibokeita - Casablanca  
INP : 091118085  
Tél : 05 22 83 00 83 / 05 22 85 00 13





ID:asni  
Name:nazha

Nov-25-2020 6:09 AM

Sex:Male Birth Date:

Years

Medication:

cm

kg

mmHg

79 bpm

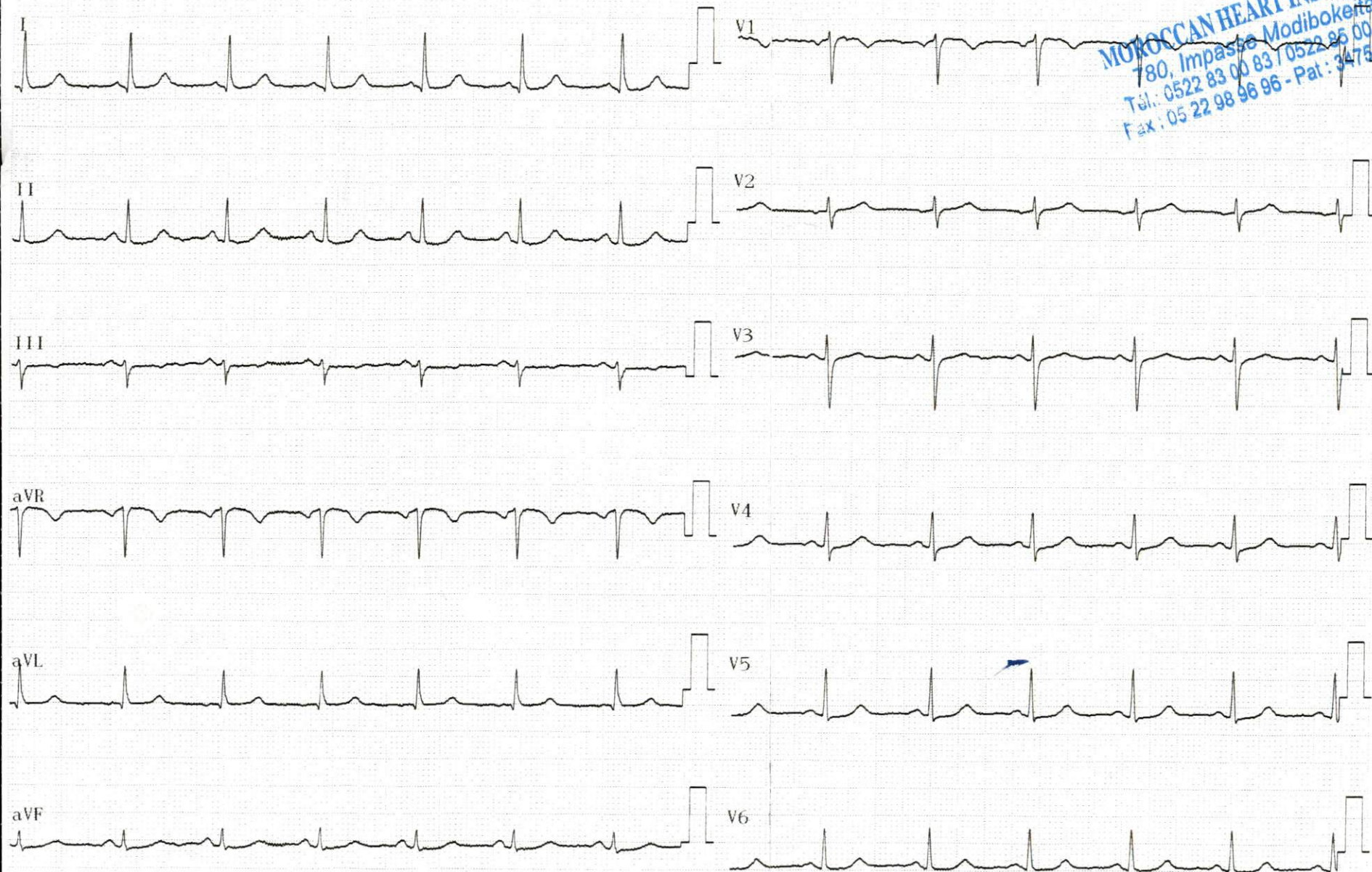
Symptoms:

History:

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz

10 mm/mV

MOROCCAN HEART INSTITUTE  
780, Impasse Modiboketa  
Tel: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13  
Fax: 05 22 98 96 96 - Pat: 34753457





ID: ashi

Name: nazha

Sex: Male

Birth Date:

Years

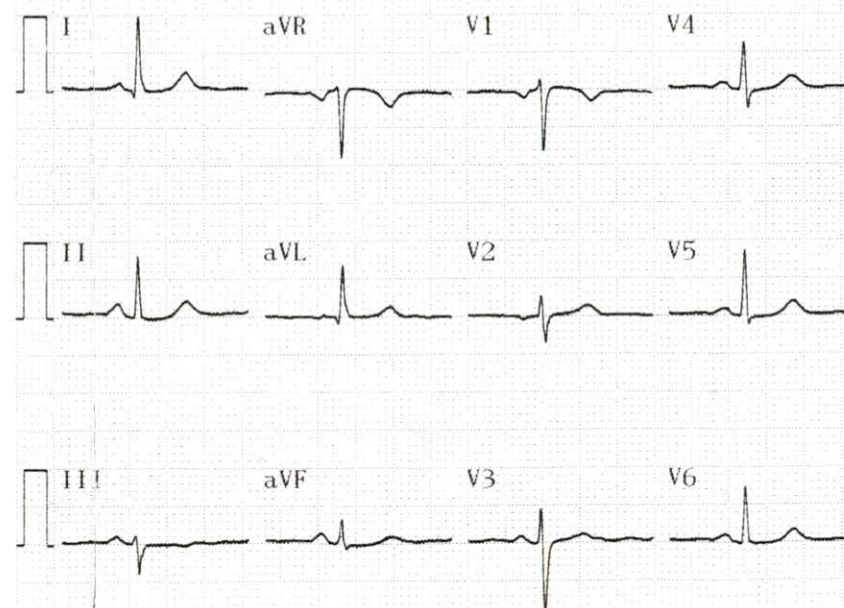
	cm	kg	mmHg	
Vent rate			81	bpm
PR int			128	ms
QRS dur			76	ms
QT/QTc int		370/	407	ms
P/QRS/T axis	56/	24/	25	°
RV5/SV1 amp	0.855/	0.805		mV
RV5+SV1 amp		1.660		mV

1100 Sinus rhythm

9110 \*\* normal ECG \*\*

**Dr. RAGAGUI Driss MBBS, FRCGS, CHM**  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle  
**Moroccan Heart Institute**  
 780, Avenue Mohammed VI - Casablanca  
 TNP : 091119685  
 05 22 83 00 83 / 05 22 85 00 11

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam: