

# 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- 058405

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOUIRY - ABDERRAHMANI

Date de naissance : 01.01.52

Adresse : 29, Rue Benafssay - Hay Ennaha

Tél. : 0677909084 Total des frais engagés : 344,90 + 870 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
أخصائي أمراض القلب والشرايين  
Gsm: 0561 06 29 52

Date de consultation : 15 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : FARHI HALIMA Age :

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

Nature de la maladie : HTA Durée

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 :

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
15/11/2010	KAB	2500		

Dr. ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
إخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية  
Gsm: 0561 06 29 52

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ALAL LAABOUDI Selwa 07 Route de la Gare 33000 - Saida - Algérie	11-12-20	344,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

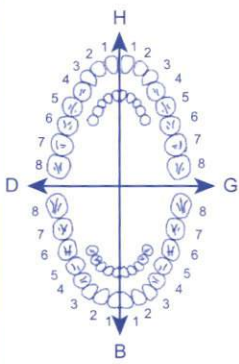
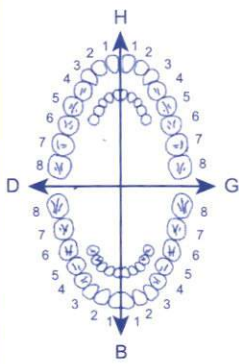
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient des Travaux
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
			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

وصفة  
ORDONNANCE



Le 11/12/2020

Mme Farah Halima

49,40

97,75

Amef 5 (S) 1/2

71,00

128,80

Nodet 50 1/2 (S)

lysauxia 1/4 CP

3mg

344,90

PHARMACIE EL HIRAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laâlj  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 23 96 00 - Céd. 001513239

Dr. ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
إخصائي أمراض القلب والشرايين  
Gsm: 0561 05 29 52

AMEP® 5mg ○  
28 comprimés  
6 118000 081524

97,70 ←

AMEP® 5mg ○  
56 comprimés  
6 118000 081777

97,70 2

NO-DEP® 50mg ○  
15 cps pelliculés sécables  
6 118000 050872

secab

LOT: 284  
PER: JUN 2022  
PPV: 126 DH 80

NO-DEP® 50mg ○  
30 cps pelliculés sécables  
6 118000 050889

SE

LOT: 282  
PER: MAI 2022  
PPV: 71 DH 00



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1185021		N° SEJOUR : 200082790		FACTURE N° 2002020598		DATE D'ENTREE : 15/12/2020		DATE DE SORTIE : 15/12/2020			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : FARIHI, Halima					
MALADE : FARIHI, Halima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00 250.00	

Intervenant : 210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE)		TOTAUX :		250.00						250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		RÉGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU :		250.00					
DATE FACTURE : 15/12/2020		EDITEE LE : 15/12/2020		PAR: ZBIRY		ACCIDENT DE TRAVAIL		DATE AT :			
VISA						N° DE POLICE :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



ECG de repos Auto

11:43pm déc. 15, 2020

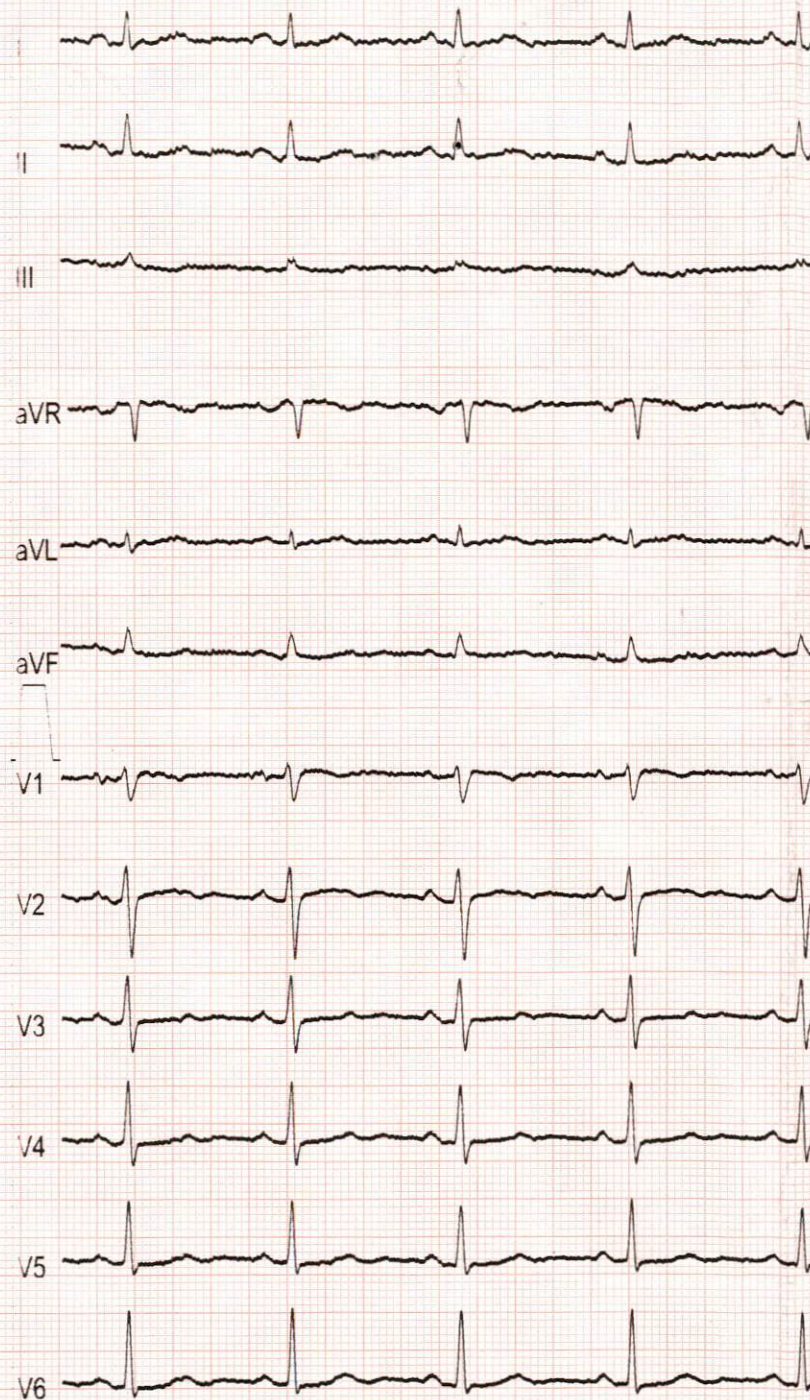
Hôpital: Hospital RECID: 304

Patient: ID: 20201215.2343 Jour de la naissance:

Age: Sexe: Sys: Dia: Poids: Hauteur:

Drugs:

*FARHANI HANIM*  
*15/12/20*



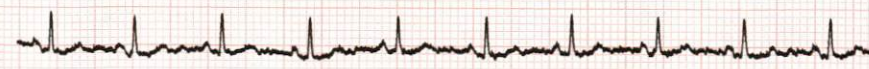
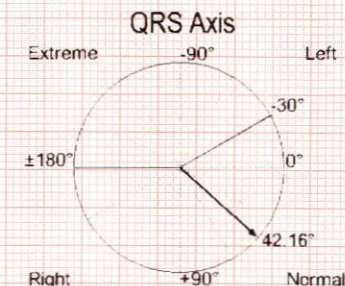
[ Measured Cardiac Rythm Events ]

HR: 68bpm PR: 144ms QRS: 76ms QT: 374ms QTc: 396ms QTc: 0.94

RV5: 0.85mV SV1: -0.31mV P/QRS/T/QRST axis: 28.95/42.16/348.01/54.15 deg

[Interprétation Résumé - Adulte ]

1- Normal ECG.



Dérivation de rythme 12.5mm/s 10mm/mV