

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0035376

445739

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1111 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MANSOURI HMAD
 Date de naissance : 01-07-1954
 Adresse : 178 - Bloc 4 - Cité Commune Urbaine
 Hay Hassan - Casablanca
 Tél. : 06 61 66 89 92 Total des frais engagés : 1500,19 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]
 Date de consultation : 13/08/2019
 Nom et prénom du malade : Mansouri Hmad Age : 69 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD, ALC
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

"Je jure sur l'honneur" l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance des conditions de la protection des données personnelles.

Le : 18/08/2019

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

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 de l'ODF.

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
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[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

Docteur Hayat NAJIH

Cardiologue



الدكتورة حياة ناجح

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille
Ancien interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes
Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

خريجة كلية الطب غير الدار البيضاء.
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مارسيليا بفرنسا
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء.
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
حاصلة على شهادة فحص الشرايين و الأوعية بالصدى من جامعة باريس
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 26/07/2023

Man Souni Hamed

① - Couromb / Supcp

269,00 x3

269,00

1 - 0 -

269,00

② - Kardegic Sup

LOT : ZZE004
PER : 02 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
118000 061847

LOT : ZZE004
PER : 05 2023
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
118000 061847

③ - Inva

106,70 x3

LOT : ZZE007
PER : 06 2024

LOT : ZZE007
PER : 06 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
118000 061847

LOT : 2059
PER : 03/24
PPV : 106,70 DH

LOT : 2060
PER : 07/24
PPV : 106,70 DH

LOT : 2061
PER : 07/24
PPV : 106,70 DH

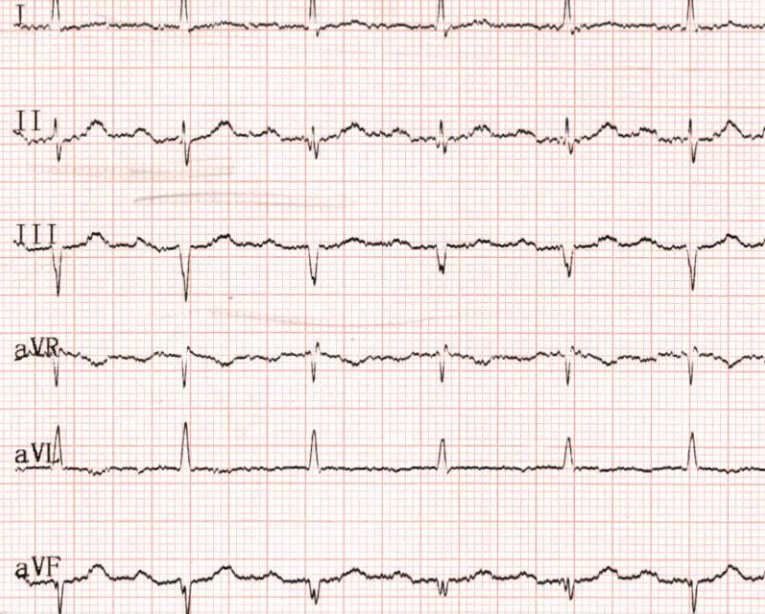
Bd. Afghanistan, Verd Houria, Bloc 225, N°1, 2ème Etage, Hay Hassani, Casablanca

شارع أفغانستان درب الحورية ، بلوك 225 رقم 1، الطابق الثاني، الدار الحسي، الدار البيضاء.

Tel : 05 22 90 70 51 - GSM : 06 62 69 23 99

Total = 1219,20

AUTO 10mm/mV

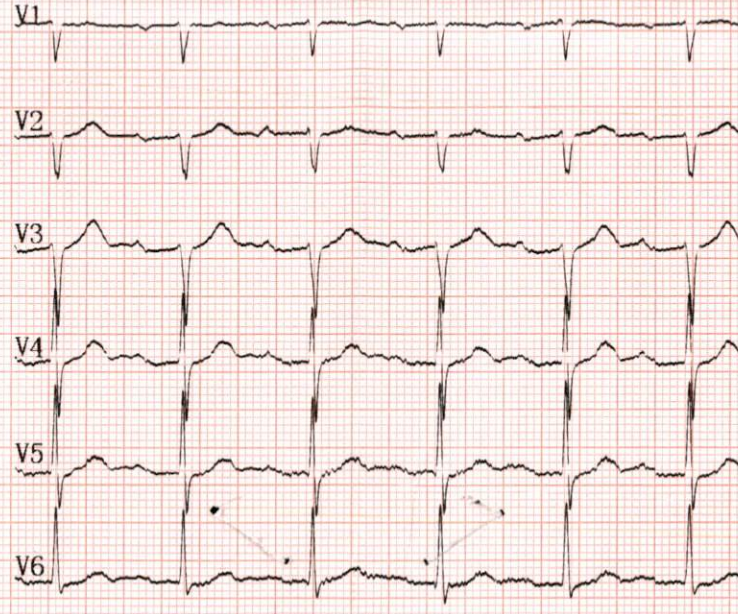


II 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



cabinet dr najih hayat

2023-01-17 11:52

ID: _____
 Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____
 Taille: _____ cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg
 FC [bpm]: 90
 Intervalle PR [ms]: 250
 Durée P [ms]: 122
 Durée QRS [ms]: 77
 Durée T [ms]: 207
 QT/QTc [ms]: 322/394
 Axe P/QRS/T [deg]: 91.2/-43.5/85.6
 R(V5)/S(V1) [mV]: 0.99/0.43
 R(V5)+S(V1) [mV]: 1.42
 <<Conclusions>>
 Dévia. ax. gche sévère;
 IM antéros. Ancien;
 IM inf. Ancien;

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****

Médecin _____