

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, parodontologie 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 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
- 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'H
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

M23-010854

162826

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9115 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAGHO SAAD

Date de naissance : 18/09/1967

Adresse : 3, Rue ELWADY HAZEM Boufelfelt

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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

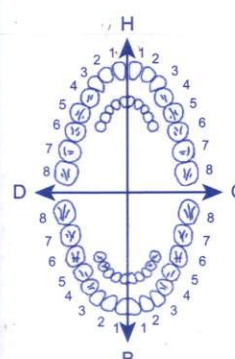
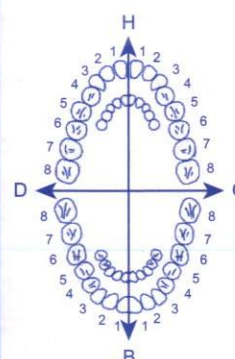
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 864012

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BAGHO SOAD
Matricule : 9115 Fonction : ADM. Poste :
Adresse : 3, rue Ibnou KAZEM Noof 087
Tél. : 0660657309 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BAGHO SOAD Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 27.03.23
Nature de la maladie : HTA - pericardite
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : Dyslipidémie
A : CASA le 27.03.23 Signature et cachet du médecin :
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 864012
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :
[Signature]



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
27.03.23	CS + ECG	300DH		
27.03.23	Echo Doppler du cœur	7000DH		
31.03.23	Bilan gratuit			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/03/23	605,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez 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 <input type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane ZOUIR

CARDIOLOGUE

Ancienne Interne du CHU de Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Bordeaux

DIU des explorations Cardio Vasculaire de Bordeaux
Holter ECG et Tensionnel, Epreuve d'Effort, Echo Doppler
Couleur du coeur et des Vaisseaux, Echo de stress, ETO)



الدكتورة إيمان زوير

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى بورديو

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

للقلب والشرايين ببورديو

NOM: BAGHO Casablanca, le :: الدار البيضاء في:

PRENOM: SOAD

DATE: 27 / 3 /2023

FRCVX DYSLIPIDEMIES MIXTES

ADRESSEE POUR EVALUATION CARDIOVX

ECHO DOPPLER TRANS THORACIQUE DU CŒUR

- AORTE THORACIQUE NON DILATEE,
- SINUS DE VALSALVA NON DILATE
- VG NON DILATE NON HYPERTROPHIE
- DE BONNE FONCTION SYSTOLIQUE GLOBALE ET SEGMENTAIRE FE 68 %
- PAS D'ANEVRYSME NI THROMBUS INTRACAVITAIRE
- FLUX MITRAL TYPE RELAXATION
- OG NON DILATEE, LIBRE D'ECHOS A L'ETT
- VALVES MITRALES SOUPLES NON REMANIEES NON CALCIFIEES
- IM MINIME , PAS DE RM
- SIGMOIDES AORTIQUES NON REMANIEES NON CALCIFIEES PAS DE FUITE NI
- NI STENOSES AORTIQUES
- CAVITES DROITES NON DILATEES, IT MINIME
- PAS D'HTAP, BONNE FONCTION SYSTOLIQUE DU VD

Groupe 4 , Rue N°11 Imm N° 10 Hay Sadri - Sidi Othmane - Casablanca

Fix : 05 22 72 60 75 / 08 08 36 77 67 - Gsm : 06 72 04 98 08 - Email : izouir@yahoo.fr

Docteur ZOUIR IMANE
Maladies Cardio-Vasculaires
Tel: 05 22 72 60 75

Docteur ZOUIR IMANE
Maladies Cardio-Vasculaires
Tel: 05 22 72 60 75
ICE: 001768764000060



Docteur Imane ZOUIR

CARDIOLOGUE

Ancienne Interne du CHU de Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Bordeaux

DIU des explorations Cardio Vasculaire de Bordeaux

Holter ECG et Tensionnel, Epreuve d'Effort, Echô Doppler

Couleur du coeur et des Vaisseaux, Echo de stress, ETO)



الدكتورة إيمان زوير

إختصاصية في أمراض القلب والشرابين

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى بوردو

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

للقلب والشرابين ببوردو

- Casablanca, le :: الدار البيضاء في

- PERICARDITE MINIME DE 10 MM CIRCONFÉRENTIELLE
- VCI NON DILATÉE
- PAS DE RÉACTION PLEURALE
- STEATOSE HÉPATIQUE

AU TOTAL :

PERICARDITE D'ALLURE VIRALE A CONFRONTER AU BILAN INFECTIEUX

CRP ET D DIMERES

PAR AILLEURS BONNE FONCTION VG ET VD

PAS DE SIGNES DE TVP CE JOUR

001738764000060

Docteur ZOUIR IMANE
Maladies Spécialiste en
Tél: 05 22 72 60 75 / 08 08 36 77 67
Tél: 06 72 04 98 08

Groupe 4 , Rue N°11 Imm N° 10 Hay Sadri - Sidi Othmane - Casablanca

Fix : 05 22 72 60 75 / 08 08 36 77 67 - Gsm : 06 72 04 98 08 - Email : izouir@yahoo.fr

Docteur Imane ZOUIR

CARDIOLOGUE

Ancienne Interne du CHU de Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Bordeaux

DIU des explorations Cardio Vasculaire de Bordeaux

Holter ECG et Tensionnel, Epreuve d'Effort, Echo Doppler

Couleur du coeur et des Vaisseaux, Echo de stress, ETO)



الدكتورة إيمان زوير

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى بورديو

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

للقلب والشرايين ببورديو

DATE LE - /Casablanca/ 2023

الدار البيضاء في:

31/03/2023

NOM

PRENOM :

BAĞHO
SOAD

89.50
D3 NORM 10 GOUTTES MATIN X 3 MOIS

17.10
ANAPRED 20 MG 3 CP MATIN X 6 JOURS

190.00
INESO 40MG 1 SOIR X 1 MOIS

27.70 x2
CARDIOASPIRINE 100 MG 1 MIDI X 3 MOIS

106.50 x2
ICTAVES 5MG 1SOIR X 2 MOIS

LOT223362 2

EXP 10 2024

PPV 106 50

LOT223362 2

EXP 10 2024

PPV 106 50

Lot: 220641
A consommer
avant le: 08/2025
PPC : 89,50 DH

LOT: M0864
PER: 09/2024
PPU: 190,00 DH

LOT: M0871
PER: 10/2024
PPU: 57,10DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

PHARMACIE NAJAT
Dr. en Pharmacie
Lot. TISSIR N°71 Mediouna
Tél.: 05 22 51 60 07

Groupe 4 , Rue N°11 Imm N° 10 Hay Sadri - Sidi Othmane - Casablanca

Fix : 05 22 72 60 75 / 08 08 36 77 67 - Gsm : 06 72 04 98 08 - Email : izouir@yahoo.fr

Docteur Imane ZOUIR

CARDIOLOGUE

Ancienne Interne du CHU de Casablanca
Ancienne interne du CHU de bordeaux
DIU des explorations cardio-vasculaire de bordeaux
(Holter ECG et Tensionnel, Epreuve d'Effort, Echo Doppler
Couleur du coeur et des Vaisseaux, Echo de stress, ETO)



الدكتورة إيمان زوير

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى بورديو
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى
للقلب والشرايين ببوردو

Casablanca, le 27.03.23 : الدار البيضاء، في :

Mme : BAGHO SOAD

⇒ note d'honoraires :

• CS + ECG : 300 DH

• Echo doppler du coeur : 1000 DH

⇒ total payé : = 1300 DH =

mille trois cent dirhams

Docteur ZOUIR IMANE
Médecin Spécialiste en
maladies Cardio-Vasculaires
Tél: 05 22 72 60 72

TA: 13/7

27/03/2023 09:50:04

Id :
Soad, Bagho
Indéfini --- (---) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 68 bpm
PR: 164 ms
QRS: 82 ms
QT/QTcH: 390/404 ms
QTcB: 415 ms
QTcF: 407 ms

R_{0.5s}/S₁ : 0.87/0.46 mV

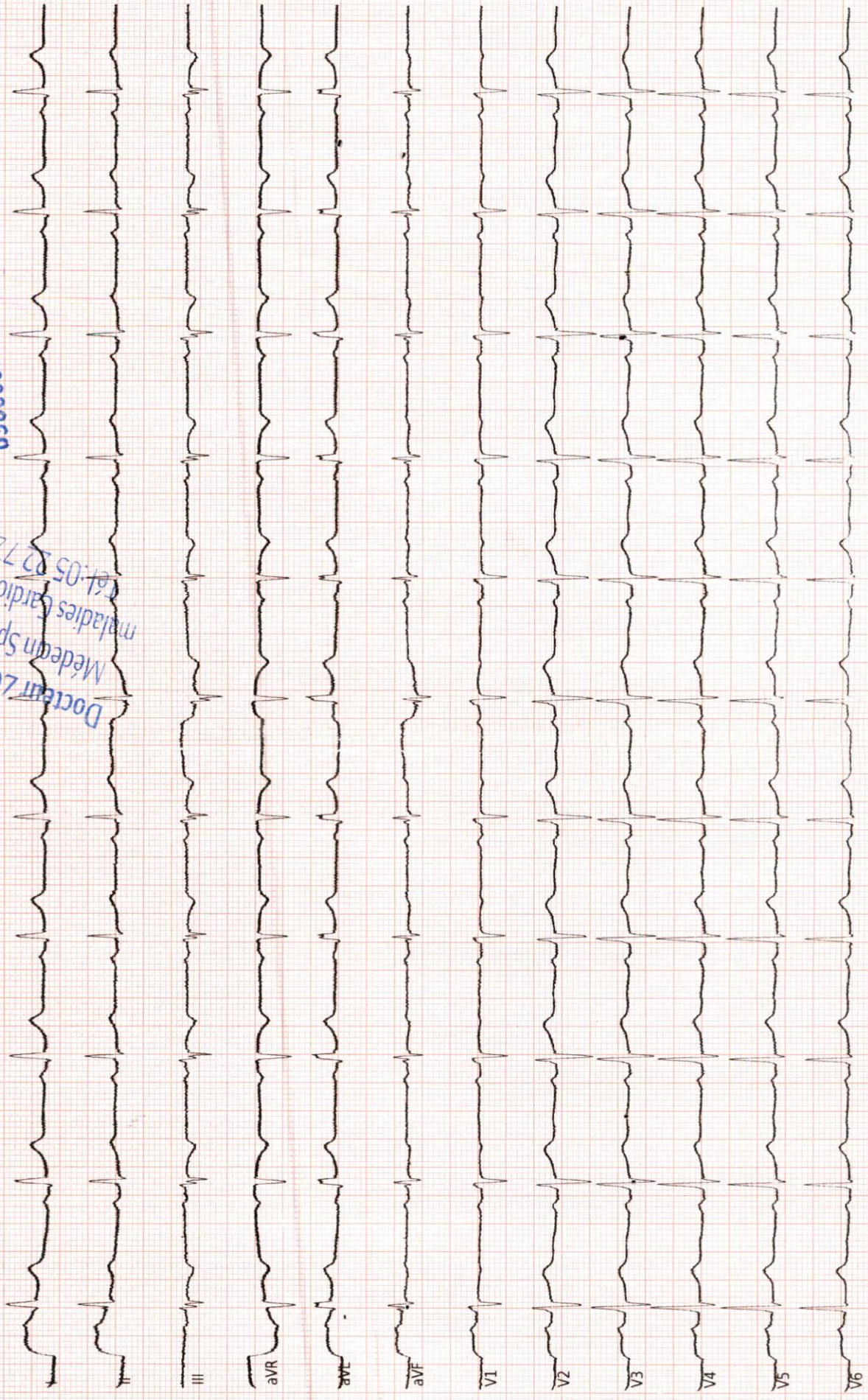
Sok-Lyon : 1.33 mV

Axe: 34/80°

Méd. :
Technicien :
Commentaires :

Docteur ZOURIMANE
Médecin Spécialiste en
Maladies Cardio-Vasculaires
Tél: 05 22 72 60 73
RAPPORT NON CONFIRMÉ

FC: 69
09000009787100:30



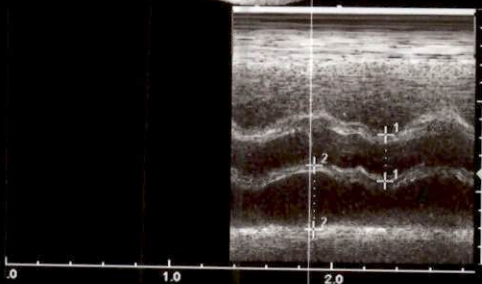
BAGHO,SOAD
Dr. Imane Zouir

ID:32119230327 C Cardiaque
35

1:16:00 pm
27-Mar-23

1 Ao = 2.56 cm
2 D OG= 3.54 cm
OG/Ao: 1.38

2D 14.0 cm
19 im/s
f: 1.7 MHz H
DR: 65 dB
R: 3.0 C: 61
M C: 44



P:0dB
ITs:0.3
IM:1.7

BAGHO,SOAD
Dr. Imane Zouir

ID:32119230327 C Cardiaque
35

1:15:45 pm
27-Mar-23

1 Distance= 3.03 cm
2 Distance= 3.08 cm

2D 14.0 cm
40 im/s
f: 1.7 MHz H
DR: 65 dB
R: 3.0 C: 61



P:0dB
ITs:1.2
IM:1.7

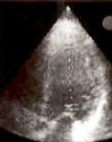
BAGHO, SOAD
Dr. Imane Zouir

ID:32119230327 Cardiaque
35

1:16:56 pm
27-Mar-23

1 E = 1.14 m/s
2 A = 0.70 m/s
3 VM Vmax = 1.16 m/s
PeakPG = 5.42 mmHg
MeanPG = 2.63 mmHg
VM VTI = 37.39 cm

E/A: 1.63



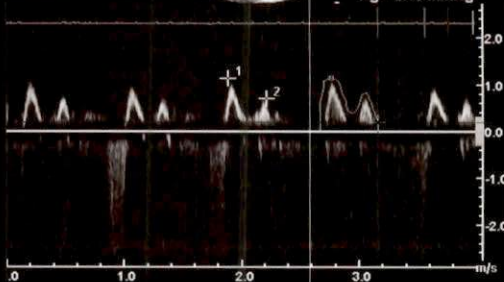
V = 0.20 m/s

Pg = 0.16 mmHg

2D 14.0 cm
40 im/s
f: 1.7 MHz H
DR: 65 dB
R: 3.0 G: 61

PW G: 58
f: 1.83 MHz
Vlt: 5.5 m/s
RBV32 cm/s
VM: 4/102 mm
Ø: 0°

P: 0 dB
ITs: 1.3
IM: 0.3



BAGHO, SOAD
Dr. Imane Zouir

ID:32119230327 Cardiaque
35

1:16:20 pm
27-Mar-23

1 Distance = 0.56 cm



2D 14.0 cm
40 im/s
f: 1.7 MHz H
DR: 65 dB
R: 3.0 G: 61

P: 0 dB
ITs: 1.2
IM: 1.7