

## 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.

### 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 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- 067396

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0006727

Société : 08-30357

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

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 :

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 : 20 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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													
				<b>Coefficient des travaux</b>												
				<b>Montant des soins</b>												
				<b>Début d'exécution</b>												
				<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction)			<b>Date du devis</b>													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Fin d'exécution</b>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N° <b>P 17 / 0040058</b>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0040058

DATE DE DEPOT

26 / 06 / 2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <b>OUHABBA FATIMA</b>		Phones <b>0609 64 11 96</b>	
Fonction .....		Mail .....	
Prénom du patient <b>OUHABBA FATIMA</b>			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <b>56 ans</b>		Date <b>17/06/2020</b>	Date 1ère visite .....
Nature de la maladie <b>Précardialgies</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
① Cs + ECG		① 250,00	
② Echodoppler Cardiaque		② 600,00	
PHARMACIE		Date <b>17/06/2020</b>	
Montant de la facture			
<b>T = 95,00</b>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	CACHET
AM	PC	IM	

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

# Docteur ASKOUR Meryem

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires  
DU de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique  
Ancienne interne du CHRU de Lille  
Echodoppler Cardiaque - Holter ECG  
Holter tensionnel - Epreuve d'effort

الدكتورة مريم أسكور

اختصاصية أمراض القلب و الشرايين  
خريجة كلية الطب ليل بفرنسا

Casablanca le : 17/06/2020

OUHABBA Fatima

95,00

EXTRANAG : 121 matin

T = 95,00

(1 boîte)

PHARMACIE ANISSA  
12 Lot Zoufir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 91

Dr ASKOUR Meryem

# Extramag®

TRIPLE ACTION

COOPER PHARMA  
PPC : 95,00 DH

**1 PRISE  
/JOUR**

Soit 100 % des AJR\*

• **MAGNÉSIUM MARIN**

<sup>1</sup>Participe à la résistance au **STRESS**

• **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

<sup>2</sup>Contribuent à réduire la **FATIGUE**

• **VERVEINE**

<sup>3</sup>Aide à l'endormissement en cas  
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



**COOPER**  
PHARMA

**30** Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31,5 g



**Docteur ASKOUR Meryem**

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires  
DU de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique  
Ancienne interne du CHRU de Lille  
Echodoppler Cardiaque - Holter ECG  
Holter tensionnel - Epreuve d'effort

**الدكتورة مريم أسكور**

اختصاصية أمراض القلب و الشرايين  
خريجة كلية الطب ليل بفرنسا

M<sup>me</sup> OUHABBA FATIMA

Casablanca le : 14 Juin 2020

ECHODOPPLER CARDIAQUE

VG de taille Conservee

Par d'HTVG

Cinétique VG segmentaire et globale Conservee

FEVG = 60%  $\phi$  Anévrysme  $\phi$  Thrombose intracavitair

OG dilatée libre d'échos

Profil mitral normal

PressVG basses

HT minime

Sclérose Aortique très modérée,  $\phi$  RA

Cartes droites de taille Conservee

VD normocinétique

Par d'HTAP

VG fine collapsible

Péricarde fin et sec

Aorte initiale de taille Conservee

EN SOMME:

FEVG NORMALE

OG dilatée

$\phi$  Valvulopathie Significative

*Meryem Askour*  
14 JUIN 2020

# Dr. ASKOUR Meryem

CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES  
Diplômée de la Faculté de Médecine en France

Echo Doppler Cardiaque  
Electrocardio Gramme  
Holter Tensionnel  
Holter Rythmique

# الدكتورة اسكور مريم

إخصائية في أمراض القلب و الشرايين  
خريجة كلية الطب في فرنسا

Casablanca le : 17/06/2020

ICE : 001663828000060

Facture 116 / 2020

Patient : OUHABBA Fatima

Acte	Prix
Consultation + ECG	
Echocardiographie Transthoracique	600,00
Doppler artériel TSA	
Holter ECG	
Holter Tensionnel	
Total	600,00

Six Cent dirhams

Dr. ASKOUR Meryem

**Dr. ASKOUR Meryem**

CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES  
Diplômée de la Faculté de Médecine en France

Echo Doppler Cardiaque  
Electrocardio Gramme  
Holter Tensionnel  
Holter Rythmique

**الدكتورة اسكور مريم**

إخصائية في أمراض القلب و الشرايين  
خريجة كلية الطب في فرنسا

Casablanca le : 17/06/2020

ICE : 001663828000060

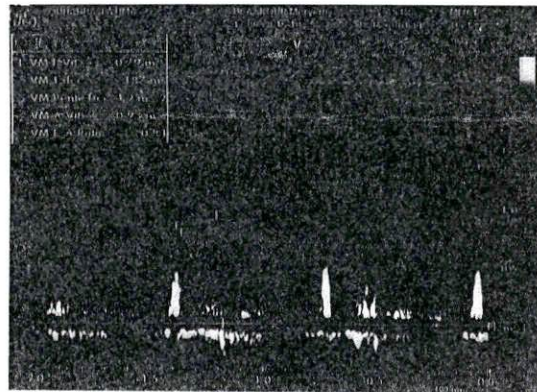
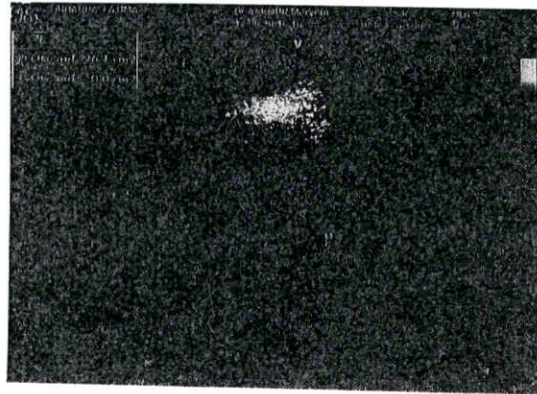
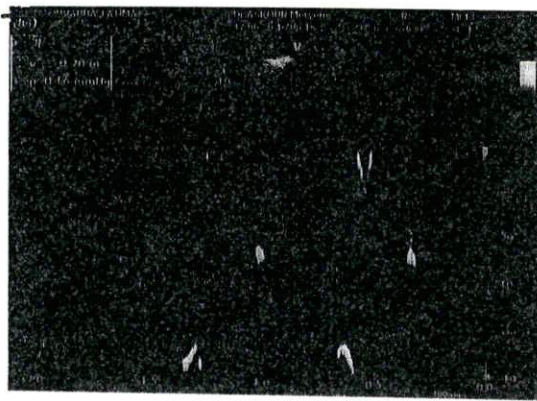
Facture 116 / 2020

Patient : O HABBA Fatima

Acte	Prix
Consultation + ECG	
Echocardiographie Transthoracique	600,00
Doppler artériel TSA	
Holter ECG	
Holter Tensionnel	
Total	600,00

Six Cent dirhams

Résidence Ryad Garden, Boulevard Laymoun Lotissement Yousra, Rue N° 7, Zoubir Oulfa, Immeuble N° 2



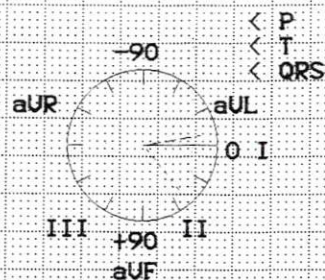


QWERT:

DFFFF:

Résultats mesures:

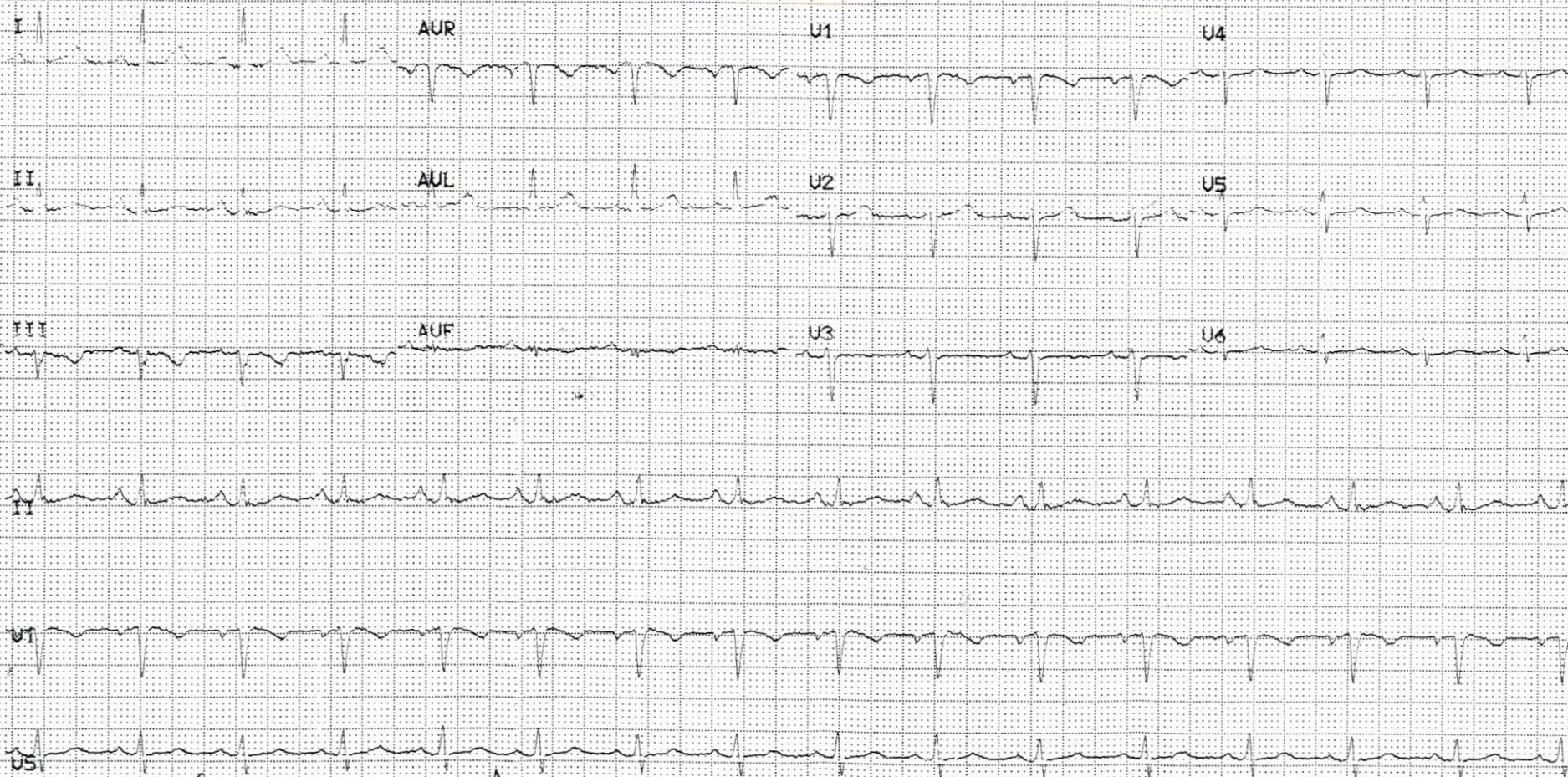
QRS : 94 ms  
 QT/QTcB : 368 / 459 ms  
 PQ : 142 ms  
 P : 94 ms  
 RR/PP : 642 / 645 ms  
 P/QRS/T : 50 / 0 / -10 degrés  
 QTD/QTcBD : 36 / 45 ms  
 Sokolow : 1.1 mU  
 NK : 14



Interprétation:

faibles amplitudes des QRS  
 ECG anormal probable

rapport non confirmé



17/06/2020

Dr. ASKOUR Meryem