

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
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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010428

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RAM. 67866

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BARKAOUI Saida

Date de naissance : 20/04/1966

Adresse : Hay Fath 5 - No 29 Casca

Tél. : 0707773098 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 canalaires, 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"/>																				
			Début d'exécution <input type="text"/>																				
			Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H		G																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
		Montant des soins <input type="text"/>																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																					
		Fin d'exécution <input type="text"/>																					

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0022768	MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			cardio 123g + 250



P 14 /

22768

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9165	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		DARKAOUI Saida	
Fonction	Phones	07 07773098	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		DARKAOUI Saida
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 01.04.2021	
HTA		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
01/04/2021	CsEt + ECG		250,00
PHARMACIE	Date		01/04/21
Montant de la facture		T = 1 239,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET PHARMACIE ANK... 315 Lot 20000 Casablanca Tél: 05 22 69 00 25 GSM: 06 13 62 3...
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Najoua Yamoul
Cardiologue



الدكتورة نجوى يامل
إختصاصية في أمراض القلب والشرابيين

- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
Diplôme d'échocardiographie
doppler de l'Université Victor Segalen
de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler
holter rythmique et tensionnel
Epreuve d'effort

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد
العلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى
الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي
اختبار الجهد

Casablanca le : 1 / 4 / 2021

M^{me} DARKAOUI Saïda

21,80 x 5 = 109,00
- Aspiric 100

101,80 x 3 = 305,40
- couveryls

57,30 x 4 = 230,80
- Aldactone 50

99,00 x 2 = 198,00
- Lisin 20

44,00 x 1 = 44,00
- cardine 60

RDV ds 15, 14 1/2 - 14 1/2
T = 1239,20



TTT de
3 mois

الدكتورة نجوى يامل
Docteur Najoua Yamoul
Cardiologue
GSM : 06 13 02 02 44

0522 690 025

0613 02 02 44

344 الحاج فاخ شارع واد الدورة. الطابق الأول. الشقة 3 [قبالة مسجد الحاج فاخ] - الولفة - الدار البيضاء
344, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura 1 Etg. App.3 [en face de la mosquée Haj Fateh]

El Oulfa - Casablanca - Maroc

E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT: 20E011F
PER: 06/2022



LOT: 162
PER: NOV 2023
PPV: 44 DH 00

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT: 20E010
PER: 11/2021



LOT: 161
PER: NOV 2023
PPV: 44 DH 00

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT: 20E007
PER: 09/2021



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT: 20E010
PER: 11/2021



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT: 20E008
PER: 10/2021



LOT: 165
PER: JAN 2024
PPV: 44 DH 00

LOT: 162
PER: NOV 2023
PPV: 44 DH 00

LOT: 159
PER: SEP 2023
PPV: 44 DH 00

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

P.P.V: 57DH70
LOT: B25144
EXP: 09.2022

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

101,80

101,80

101,80

LOT: 201343
UT AV: 09/2023
PPV: 99,00DH

LOT: 200497
UT AV: 03/2023
PPV: 99,00DH

LOT

LOT: 164
PER: DEC 2023
PPV: 44 DH 00

LOT: 162
PER: NOV 2023
PPV: 44 DH 00

28 Cor

DR NAJOUA YAMOUL

ECG

Nom DARKAOUI SAID ~~Sex~~

Age

Clinique N

Section

SN 0002053

Case No.

Lit No.

Date 01/04/2021



00:27

25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	138 ms
Sample Time:	42 s	QT Interval:	368 ms
HR:	72 bpm	QTc Interval:	407 ms
P Interval:	88 ms	P Axis:	51.18°
QRS Interval:	104 ms	QRS Axis:	-7.10°
T Interval:	182 ms	T Axis:	76.69°

Prompt:

Total Beats 48 ,Normal Beats 48,SVE 0 ,VE 0 .

AS en V₁

السيدة نجيوى يامل
Docteur Najoua Yamoul
الطبيب القلب والشراب
Cardiologue
GSM: 08 13 02 02 44

Signature Medecin :