

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0527

Société :

21.767

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ZAHAF

EL BOUAFIA OU

Date de naissance : 01-01-1941

Adresse :

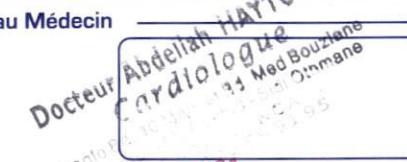
Tél. : 0663579332

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 MARS 2021

Nom et prénom du malade : EL ZAHAF EL BOUAFIA OU

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-06325

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/05/2015 | ES + EG | | 30 DM |  Dr. Abdellah HAYROUMI Cardiologue Dr. Med Bouziane Dr. Othmane 5/2015 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien et du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Pharmacie Iahbabli Computerir Family S.C.D Casa Tel: 0522 23 33 33 09 939 11</i> | 22/03/21 | 8090.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|---|----------------------------------|-------------|-------------------------|
| D B G | | | | Coefficient des travaux |
| D B G | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| D B G | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | H G B | Coefficient des travaux |
| D B G | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**Docteur Abdellah HAYTOUMI
CARDIOLOGUE**

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy
Ancien attaché des hôpitaux de France
Echo - Doppler Cardiaque et Vasculaire
Holter Tensionnel et Rythmique (ECG)



الدكتور حيتوumi عبد الله

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين والدورة الدموية

خريج كلية الطب ببنانسي

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الشخص الآلي للقلب - ارتفاع ضغط الدم

Casablanca, le 22 MARS 2021 الدار البيضاء، في:

E2 250DH E 250DH

24
200.00

- Micardis 80mg 1

200.00 1 et 1/2.

- Magnépren 30 1
1 gélules

- Mazidol or 1
1 et 1/2



6 18001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

1556401
BOTTU.S.A.

PPV : 200 DH 00



PPV : 200 DH 00

6 18001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

1556401
BOTTU.S.A.

PPV : 200 DH 00



6 18001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

1556401
BOTTU.S.A.

PPV : 200 DH 00

Docteur Abdellah HAYTOUMI
Cardiologue
Spécialiste des Maladies du Coeur et Vasculaire
Spécialiste des Maladies de la Hypertension et de l'Insuffisance Cardiaque
Spécialiste des Maladies de la Hypertension et de l'Insuffisance Cardiaque



ع 10 مارس وشارع محمد بوزيان. ساحة ولاية سيدى عثمان مولاي رشيد - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 59 91 95

Angle Bd. 10 Mars et Bd. Med Bouziane, Place de la Préfecture Sidi Othmane Mly Rachid - CASABLANCA - Tél.: 05 22 59 91 95

ECG

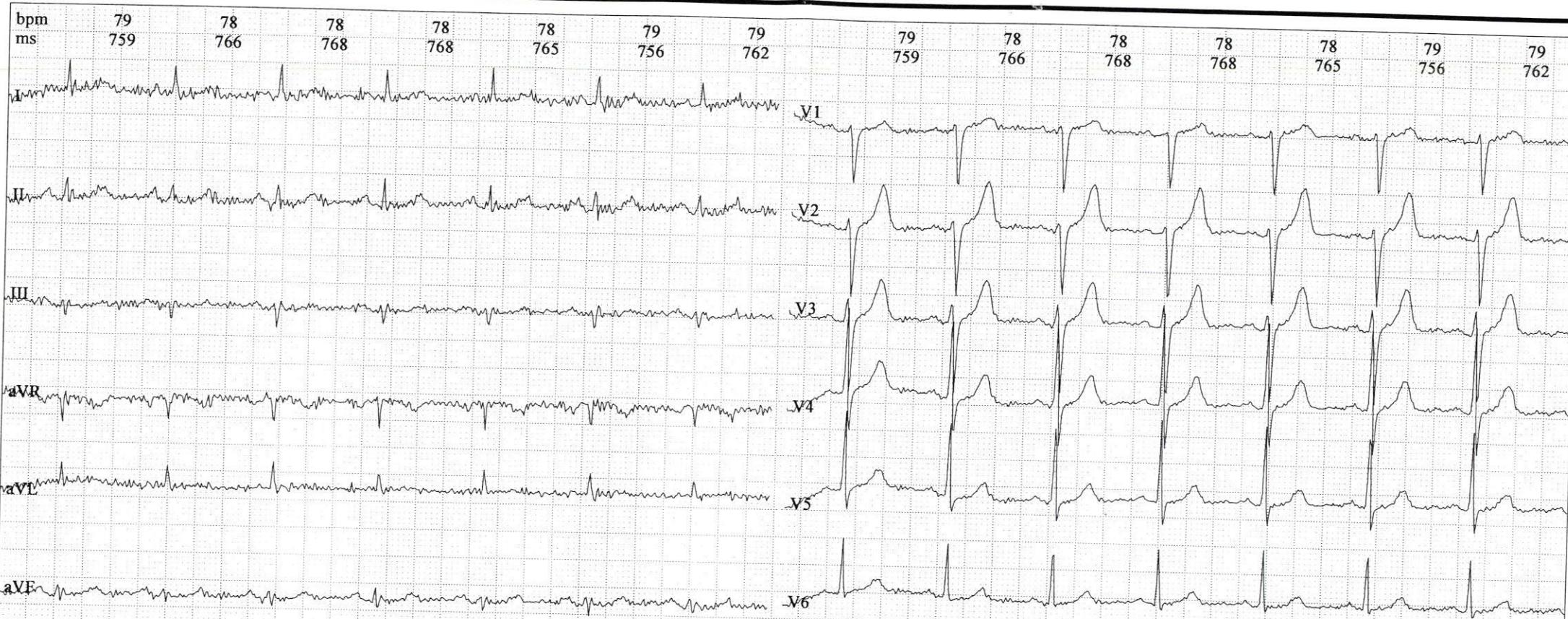
Nom : EZ-ZAHAF ELBOUAZZI
SN : 0018770

Male
Case No. :

Age : 80Y
Lit No. :

Clinique N :
Date :

Section :
22/03/2021 13:43:31



| | | | | | |
|---------------|--------|---------------|----------|---------|----------------|
| Fréquence: | 1000Hz | PR Interval: | 152 ms | Prompt: | 25mm/s 10mm/mV |
| Temps d'écha | 10s | QT Interval: | 422 ms | | |
| FC: | 79bpm | QTc Interval: | 485 ms | | |
| P Interval: | 109ms | P Axis: | 64.60°Cb | | |
| QRS Interval: | 95 ms | QRS Axis: | 22.40°Cb | | |
| T Interval: | 260 ms | T Axis: | 51.40°Cb | | |

Signature Medecin :