

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-666008

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 330 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MORA

Nom & Prénom : Jakline

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 5326 620 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0033745	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<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 14 / 0033745

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adherent  
Nom & Prénom .....			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Jabline Mina</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date <u>28/10/2021</u>	
<u>HTA</u> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite <u>10/11/21</u>	
Nature des actes <u>Obst &amp; ECG Control</u>		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>250,00 Gratuit</u>
PHARMACIE		Date <u>28/10/2021</u>	
Montant de la facture		PHARMACIE RYAD AL FATH s.r.l. 6, Imr. 144 GH 22 Lot. El Fath II Casablanca - Tél: 09 35 44	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>28/10/2021</u>	
Désignation des Coefficients <u>Echographie</u>		Montant détaillé des Honoraires <u>800,00</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

**Docteur Najoua Yamoul**  
Cardiologue

**الدكتورة نجوى يامل**  
إختصاصية في أمراض القلب والغشائين



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

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

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

Casablanca le : 28/10/2021

M<sup>me</sup> JABLINE Mina

63.30

- triazide 12.5

50.70 - 0 - 0

cardensil 2.5

103.40 - 0 - 0

Tahor 20

0 - 0 - 1

270.00

Coplaix 75/100

0 - 1 - 0

45.20

Glucophage (SV)

139.00 - 0 - 1

Relaxin (SV)

PHARMACIE AL FATH III

0522 690 025

454 GH 22 Fath III

0613 02 02 44

548, Hadj Fateh, شارع واد الدورة الطابق الثاني (مع الصنف) [قبالة الجاهي وفا بنك] - الولفة - الدار البيضاء

548, Hadj Fateh Bd. Oued Daoura 2ème Etage - El Oulfa - Casablanca

(Avec Ascenseur) [en face de Attijari Wafa Bank]

@E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com



**Glucophage® 850 mg**

60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

**Sano-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P. 1.

Ain Sabat Casablanca

Coplaix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH



5 118001 082018

100 % m  
vit

OT: 210315  
DLUO: 06/2024  
139,00 DH

VOIE  
60 G

**Pharmaceutique**  
Pharmaciens Responsable



- 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  
دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)  
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى  
الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي  
اختبار الجهد

Casablanca le : 28/10/2021

Mme Gabline mina

Facture n° 101

• Consultation : 250,00

• Echocardiographie : 800,00

Total : 1050,00

الدكتورة نجوى يامل  
إختصاصية في أمراض القلب والشرابيين  
548, الحاج فاتح شارع واد الدورة الثانية - الدار البيضاء  
Tél: 05 22 69 00 25  
GSM: 06 13 02 02 44



- 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  
دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)  
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى  
الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي  
اختبار الجهد

Mme JABLINE MINA

Casablanca le : .....

LE 28/10/2021

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER

### MESURES TM :

SIV : 13mm, PP : 11mm, VG : 50 / 35, PR : 26%, FE: 48% en 2D

### COMMENTAIRES :

- VG non dilaté, hypertrophie septale modérée, siège d'une hypokinésie antéroseptale, antérolatérale et antérieure, la fonction systolique du VG est légèrement altérée : FEVG à 45% en simpson biplan
- Pressions de remplissage non élevées : profil mitral type anomalie de relaxation
- Massif auriculaire non dilaté : Oreillette gauche peu dilatée SOG à 18cm<sup>2</sup> SOD à 13cm<sup>2</sup> libre d'échos.
- Sigmoïdes aortiques 3cusps : fuite minime, pas de rétrécissement aortique.
- Valves mitrales fines : fuite minime, sans sténose
- Ventricule droit non dilaté, la fonction systolique du VD est bonne s'VD à 13cm/sec TAPSE à 15mm
- IT minime estimant PAPS à 17+5 : 22mmHG
- VCI non dilatée à 12 mm.
- Péricarde sec.
- Aorte ascendante de calibre normal

### CONCLUSION :

- Aspect de cardiopathie mixte hypertensive et ischémique avec une légère altération de la fonction systolique du VG FEVG à 48%
- Pressions de remplissage non élevées
  - Double fuite mitroaortique minime
  - pas d'hypertension pulmonaire

Docteur Najoua Yamoul  
Cardiologue  
CSM : 06 13 02 02 44

## DR NAJOUA YAMOUL

ECG

Nom JABLINE MINA Sex

Age

Clinique N

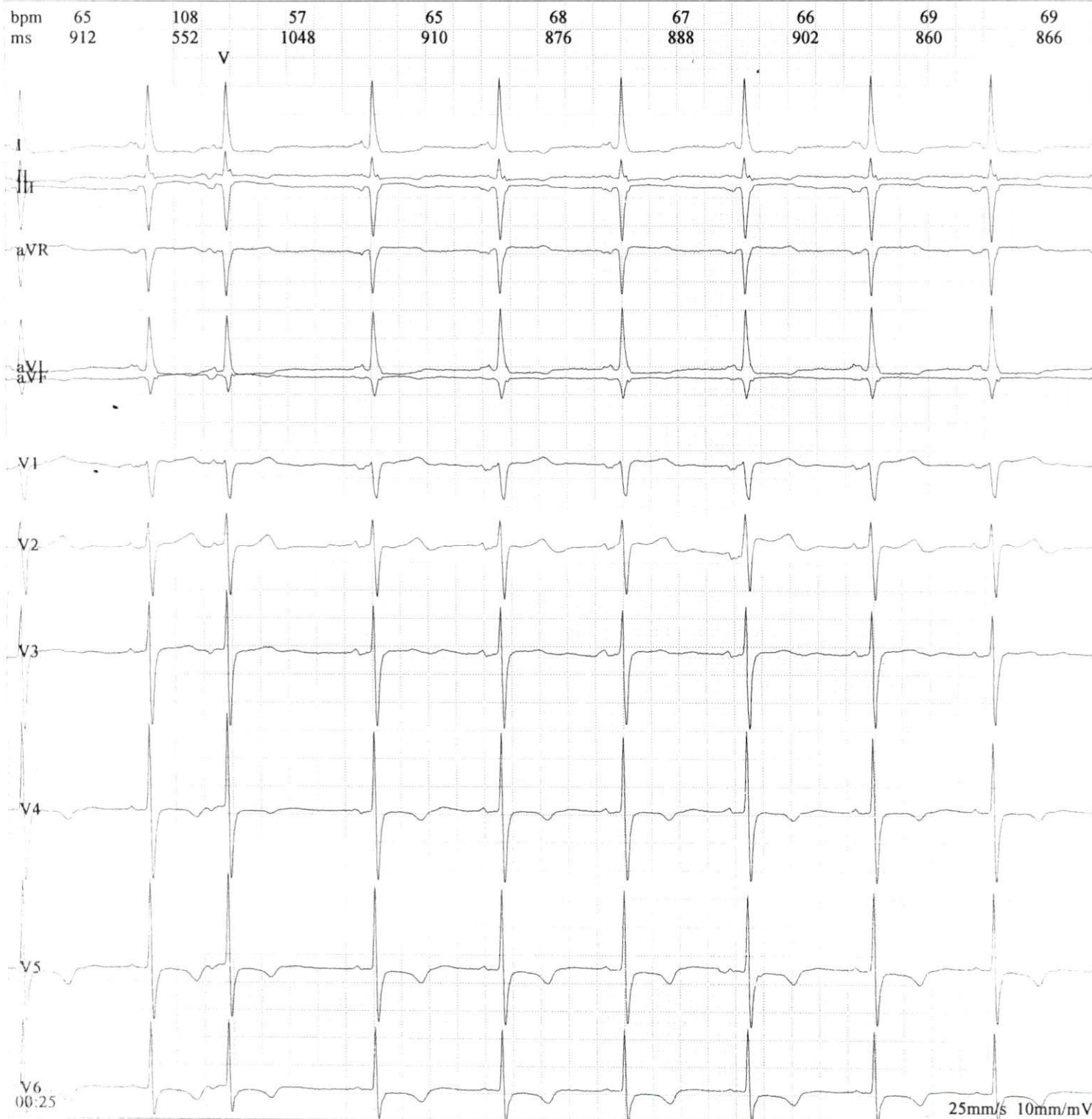
Section

SN 0002950

Case No.

Lit No.

Date 10/28/2021



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	140 ms
Sample Time:	38 s	QT Interval:	410 ms
HR:	70 bpm	QTc Interval:	443 ms
P Interval:	62 ms	P Axis:	-2.80°b
QRS Interval:	118 ms	QRS Axis:	-20.30°b
T Interval:	156 ms	T Axis:	170.12°b

Prompt:

Total Beats 42 ,Normal Beats 41,SVE 0 ,VE 1 .

T ⊖ en SAL

Signature Medecin :