

## 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.

#### Diagnostique 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.

#### Traitement :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 004594

1 1 2 7 7 2

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4358 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JABRI Rachida

Date de naissance : 6/9/1955

Adresse : 2, Av. Hassan Soratani

CHIN

Tél : 06 132 944 9 Total des frais engagés : .....Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassane MIR  
Cardiologue  
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayano  
22 22 21 34 52 - Casablanca

Date de consultation : 19/10/2022

Nom et prénom du malade : J.A.B.R.I. Rachida Age: .....

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

Nature de la maladie : HTA

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) : .....

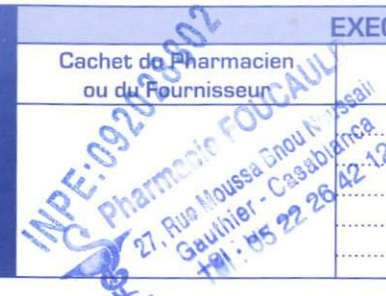
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
19/04/22	C2 + ELV		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/4/2022	52500

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

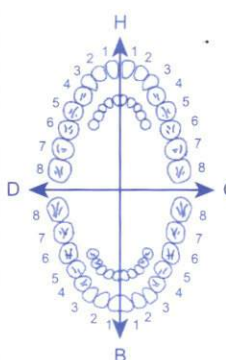
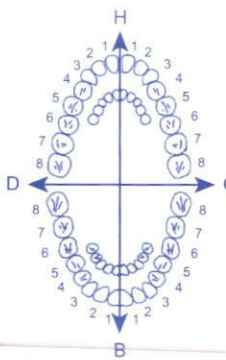
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EX

# Docteur MIR HASSANE

## Maladies du Coeur et des vaisseaux CARDIOLOGUE

Diplômé des Universités de Paris V et VI  
Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 19/04/2022

8750 .  
**Mme. JABRI Rachida**

NEBILET 5 mg : 1 comp. par jour le matin

\*\*\* Q.S.P. 6 mois \*\*\*

Pharmacie FOUCAULT  
27, Rue Moussa Dinou K. Issali  
Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 42 12

Dr. Hassane MIR  
Cardiologue  
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane  
Tél : 05 22 22 21 34 / 58 - Casablanca  
Tél : 021 44 82 09

Adresse : N° 79 rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA  
(en face de la commune Sidi Beyout), CP 20020, Casablanca

Bur : 0522222134 -0520070709 Bur mobile : 0664514961 Urgences : 0661 13 83 31  
ICE : 00168117200008 INP : 091113209 - Email : cabinetmir@gmail.com

\* VIGNETTE

V136132/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V136132/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V136132/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V136132/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V136132/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50



# Dr H assane MIR

Nom : JABRI RACHIDA

Sexe : FemmeClini:

Age : 67Y Lit:

SN:0002998 Servi:

Date: 19/04/2023 14:27:40

p = 60

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	209 ms
Temps d'échantillon	19 s	Intervalle QT	415 ms
HR:	61 bpm	Intervalle QTc	418 ms
Intervalle P	120 ms	Axe P	-10,2°
Intervalle QRS	75 ms	Axe QRS	22,9°
Intervalle T	210 ms	Axe T	25,8°

Prompt:

*Handwritten signature: H. W. W.*

**Dr. Hassane MIR**  
 Cardiologue  
 Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane  
 Tél: 05 22 22 21 34 / 58 - Casablanca  
 091113209

Signature du médecin : Dr Hassane MIR



00:00

25mm/s 10mm/mV