

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-714246

120117

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11367 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HADDARI HAFIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662123330 Total des frais engagés : #1050 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة نجوى يامن
إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
548. الناحية شارع واد الدوزة الولفة - الدار البيضاء
GSM : 06 43 02 02 44 - Tél : 05 22 69 00 25

Date de consultation : 06/05/2022

Nom et prénom du malade : EL HADDARI Hafida Age :

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

Nature de la maladie : palpitation

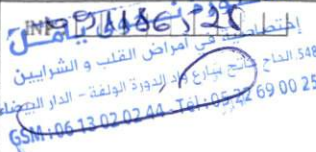
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

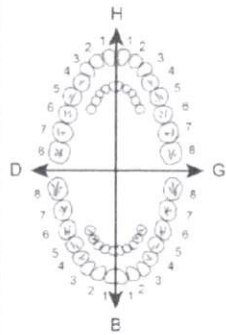
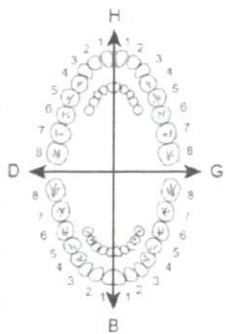
Signature de l'adhérent(e) : Le : 26/05/2022

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
26/05/02	Cher. & For.		2501,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/05/02	Ex-radiation	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Docteur Najoua Yamoul
Cardiologue



الدكتورة نجوى يامل
إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

- 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 : 26 / 05 / 2022

M^{me} El Haddadi Hafida

Régime peu salé + hypolipémiant

45,50

sédatif PC

2 cp à sucer x 2j

48,70

Vitamin B6 am poud

1 - 0 - 1

Top Force gel

1 - 0 - 0

X- Taraxel 25

0 - 0 - 1/2

ndr opisthor

(Signature)
Najoua YAMOUL
Cardiologue

05 22 69 00 25

06 13 02 02 44

فضاء مكاتب لينا 548 الحاج فاتح شارع واد الدورة . الطابق الثاني [مع المصعد] - الولفة - الدار البيضاء
Espace Bureaux Lina Imm. 548 Haj Fateh, Bd. Oued Daoura 2^{ème} Etage
(Avec Ascenseur) El Oulfa - Casablanca
E-mail : drnajoua.yamoul@gmail.com



- 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 :

Mme EL HADDARI HAFIDA

LE 26/05/2022

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER

MESURES:

SIV :10mm, PP : 9mm, VG : 49/28mm, PR : 32%, FE: 68%

COMMENTAIRES :

- VG non dilaté, non hypertrophié, bonne cinétique segmentaire et globale bonne fonction systolique du VG : FEVG 68% en 2D
- Pressions de remplissage basses, profil mitral type anomalie de relaxation.
- Massif auriculaire : Oreillette gauche non dilatée SOG : 12cm², OD non dilatée libre d'échos SOD : 9cm².
- Sigmoïdes aortiques 3cusps : sans fuite ; sans sténose.
- Valves mitrales fines : pas de sténose, sans fuite mitrale.
- Ventricule droit non dilaté, la fonction systolique du VD est bonne S'VD : 16cm/sec ; TAPSE à 20mm
- IT minime estimant PAPS à 20+5: 25mmHg.
- Voie pulmonaire non dilatée sans sténose TAP à 120ms
- VCI non dilatée à 13mm
- péricarde sec.
- Aorte ascendante de calibre normal

CONCLUSION :

- Bonne fonction systolique du VG, bonne fonction systolique du VD
- Pressions de remplissage gches normales
- Pas de valvulopathie mitroaortique significative
- Pas d'hypertension pulmonaire

DR. Najoua YAMOUL
Cardiologue



- 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 :

Cabinet de consultation et d'exploration

Cardiovasculaire

Docteur Najoua yamoul cardiologue

Facture N° : 070/2022

Identité : Mme EL HADDARI HAFIDA

Désignations	Date de consultation	Montant
CONSULTATION	26/05/2022	250.00dhs
ECHOCARDIOGRAPHIE	26/05/2022	800,00dhs
DOPPLER		

Montant TTC	1050.00dhs
-------------	------------

La présente facture a la somme de : Mille Cinquante Dirhams .

الدكتورة نجوى يامل
إختصاصية في أمراض القلب والشرايين
548, Oued Daoura 2ème Etage - El Oulfa - Casablanca
GSM : 06 22 69 00 25

DR NAJOUA YAMOUL

ECG

Nom EL HADDARI HASSEN

Age

Clinique N

Section

SN 0004086

Case No.

Lit No.

Date 05/26/2022



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	164 ms
Sample Time:	142 s	QT Interval:	386 ms
HR:	80 bpm	QTc Interval:	450 ms
P Interval:	70 ms	P Axis:	69.40°
QRS Interval:	76 ms	QRS Axis:	38.76°
T Interval:	204 ms	T Axis:	49.89°

Prompt:

Total Beats 188 ,Normal Beats 188,SVE 0 ,VE 0 .

*MS à 80 bpm
axe QRS nd*

Dr Najoua Yamoul

Signature Medecin :

