

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 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° W21-771224

par courriel

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2480 Société : RAM 146+80

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : LAATIGI MOHAMMED

Date de naissance : 1950

Adresse : RUE MACHREB ELARAB N. 104

B. G. N. I. DRAR C. U. J. D. A.

Tél. : 0673 871254 Total des frais engagés : 637,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LATIGI Maryem Age : 69

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

Nature de la maladie : HTA

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 : C. U. J. D. A. Le : 15 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
24/12/2022	15		300	Dr. YOUSSEF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Badr Beni Dr. BELMUSTAFA Ilyes J. Hassan II Lot. Badr-Beni Dr. Tel. 0 55 65 03 03	24/12/2022	337,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

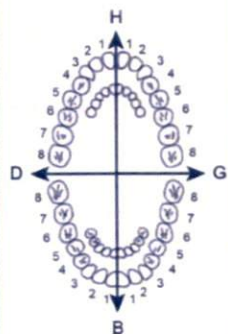
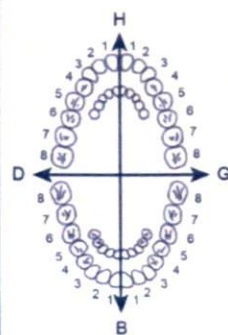
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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

Dr. YOUSSEF DERRAZ

CARDIOLOGUE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris

Diplômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes

Diplômé d'Echocardiographie - Université Victor Segalen Bordeaux 2



الدكتور يوسف دراز

أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب

طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس

دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس

دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

24 décembre 2022

Oujda le :

وجدة في :

Nom : Latigui

Prénom : Meryeme

Ordonnance

PHARMACIE BADR BENI DRAR

Dr BELMOSTEFA Ilyas

Bd. Hassan II, Lot. Badr Beni Drar

Tel : 05 36 65 03 03

20/9/20

- | | |
|--------------------|---------|
| 1-Aprovasc 300/10: | 0-0-1 |
| 2-Cardioflex 100: | 1-0-0 |
| 3-Cardensiel 5: | 1/2-0-0 |
| 4-Prazol 20: | 1-0-0 |

23,60 x 3 = 70,80
58,10

± 337,90

TTT. 3mois

PHARMACIE BADR BENI DRAR
Dr BELMOSTEFA Ilyas
Bd. Hassan II, Lot. Badr Beni Drar
Tel : 05 36 65 03 03

Dr YOUSSEF DERRAZ
4, Résidence al amal, bureau 5 BD. Allal ben abdellah
Tél: 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63

4, Résidence al amal, bureau 5 BD. Allal ben abdellah ☎ 05 36 70 70 04

4, إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبدالله ☎ 06 61 43 88 63



Surveillance particulière pendant le traitement
 et surveillance initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et
 pour les patients atteints de troubles du rythme cardiaque.
 نواظرة خاصة أثناء العلاج
 ورعاية خاصة لأخصائي أمراض القلب والقلب النظمي



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH
 7862160239



6 118001 100873



3 582910 068969



6 118001 082356

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat R.P.1
 Ain sebaa Casablanca
 APPROVASC 300mg/10mg BCB
 CP Frel
 PPV: 209,00 DH

Sans PPV



6 118000 360339

CARDIOFLEX® 100 mg
 Boîte de 30 Comprimés Pelliculés

09/87

Boîte de 30

Boîte de 30

Sans PPV

Boîte de 30

Boîte de 30

F604168

cabinet de cardiologie Dr derraz

Name: latigui meryeme

Cli No.:

Sex: Male

Age:

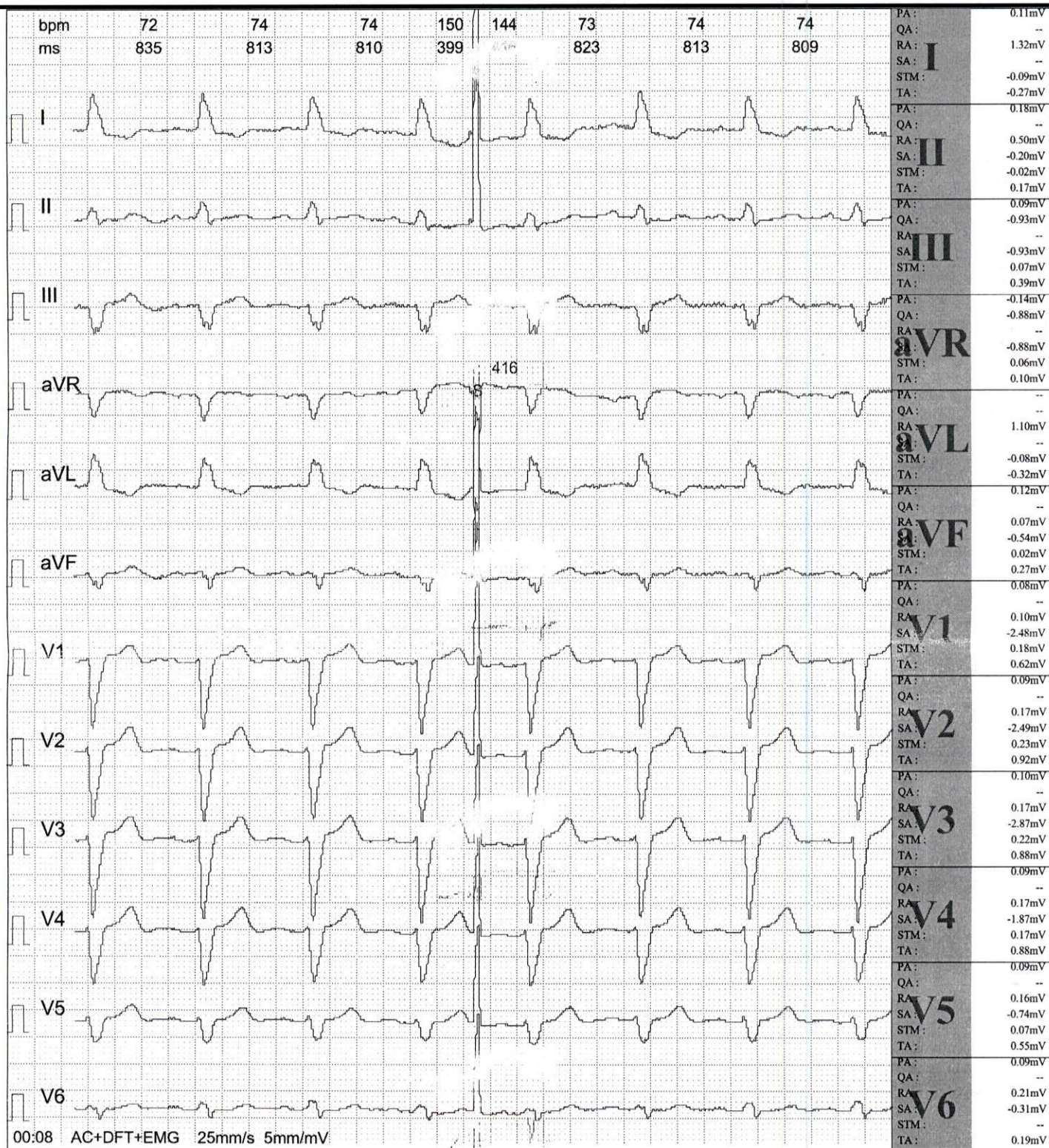
SN: 0008492

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 24/12/2022 09:33:34



00:08 AC+DFT+EMG 25mm/s 5mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	384ms
Sample Time:	22s	QTc Interval:	441ms
HR:	79bpm	P Axis:	53.00;ä
P Interval:	131ms	QRS Axis:	342.30;ä
QRS Interval:	162ms	T Axis:	136.50;ä
T Interval:	166ms	RV5/SV1	0.16/2.48mV
PR Interval:	202ms	RV5+SV1	2.64mV

Prompt:

Total Beats 27 ,Normal Beats 25 ,SVE 1 ,VE 1 .
 Middling Left axis deviation;I AV block;ST depression, high lateral myocardial ischemia;Abnormal T wave;

Doctor: