

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

- Reclamation : 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° M21- 1054622

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1192 Société : R. A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAYED Zoubida

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0668744712 Total des frais engagés : 1188,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 JAN 2023

Nom et prénom du malade : JAYED Zoubida Age :

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

Nature de la maladie : HTA Coronaropathie

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 Le : 16 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Jayed

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARANAZ SARLAU 140 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	16/01/08	f = 882,40 Da

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

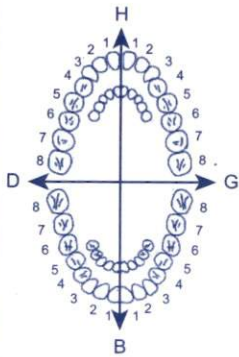
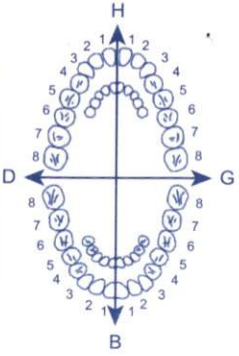
[illegible]

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															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUGTEB Hanane

Spécialiste en Pathologie
Cardio-Vasculaire

Diplômée de la Faculté
de Médecine Hassan II de Casablanca
DIU d'Echocardiographie
et d'épreuve d'effort
Université de Bordeaux Segalen 2

الدركتورة بوشطب حنان
أخصائية في أمراض القلب
والشرايين

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى
وفحص الجهد وإعادة التأهيل
القلب والأوعية بجامعة بوردو سيغالين 2

Casablanca le
16 janvier 2023

Mme JAYED ZOUBIDA

Régime peu salé et pauvre en graisses

1/ ALTIAZEM 60

1 gélule le soir

2/ ASKARDIL 75mg

1 comprimé à midi

3/ TORVA 10mg

1 comprimé un soir

4/ HYTACAND 8mg /12.5

1 comprimé Matin

traitement de 4 mois

AULCER

1 PRISE LE SOIR pendant 28 jours

ZYRTEC

1 prise le soir pendant 1 mois

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 2

* VIGNETTE

ALTIAZEM® 60 mg

50 comprimés O

PPV 89DH

* VIGNETTE

ALTIAZEM® 60 mg

50 comprimés O

PPV 89DH

LOT : 1109

PER : 10/24

PPV : 57,80 DH

LOT : 1109

PER : 10/24

PPV : 57,80 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca

HYTACAND

8 mg/12,5 mg

Bte de 30

28 DMP/21NRQ

P.P.V: 94,70 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca

HYTACAND

8 mg/12,5 mg

Bte de 30

28 DMP/21NRQ

P.P.V: 94,70 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca

HYTACAND

8 mg/12,5 mg

Bte de 30

28 DMP/21NRQ

P.P.V: 94,70 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca

HYTACAND

8 mg/12,5 mg

Bte de 30

28 DMP/21NRQ

P.P.V: 94,70 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22054

PER: 12/2024

PPU: 102,00 DH

53,20

إقامة أنوال أوفيس الطابق

1er Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - C
Tél. : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougteb

Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094

AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

10mm/mV

V1

V2

V3

V4

V5

V6

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



10mm/mV



Cabinet Dr BOUGTEB Hanane

2023-01-16 13:45

ID:

Nom: JAED ZOUBIDA

Sexe: Femme Age: 73

Taille: 160 cm

Poids: 72 kg SYS/DIA: 167/72 mmHg

PC: 06 61 23 56 56

[bpm]: 64

Intervalle PR [ms]: 165

Durée P [ms]: 111

Durée QRS [ms]: 83

Durée T [ms]: 184

QT/QTc [ms]: 381/392

Axe P/QRS/T [deg]: 51.1/-13.3/67.6

R(V5)/S(V1) [mV]: 0.95/0.66

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.62

<<Conclusions>>

Ryth. sinusoïdal norm.

Dévia. ax. gche modérée

Le rapport doit être confirmé par un médecin



25mm/s

Médecin