

# 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

M22-0011031

150057

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Barkouki Kabbane

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 96, Rue Ahmed El Nejilati - 2ème

étage - Maarif, Casablanca

Tél. : 0522 237517 Total des frais engagés : 1849,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2013

Nom et prénom du malade : Barkouki Kabbane Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : .....

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 : Casablanca Le : 27/01/2013

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  |
| 12/10                          | 1 place           | 2                     | 30                              | <br>N. H. Hayat<br>Cardiologue<br>Casablanca<br>06 41739974 |
| 13/10                          | 1 place           | 2                     | 30                              |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie du Jura<br>TAHRI JOUTE Rachid<br>129, Bis Pte. Oussama<br>Casablanca - Tél: 05 22 45 34 41 | 12/01/23 | 1426,30               |
| Pharmacie du Jura<br>TAHRI JOUTE Rachid<br>Oussama Bnou Zaid<br>05 22 45 34 41                       | 13/01/23 | 122,70                |

[illegible][illegible]

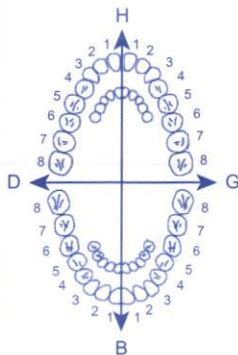
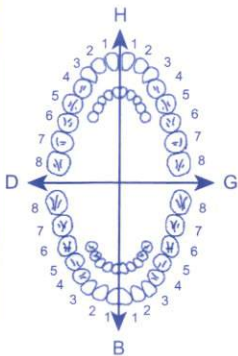
[REDACTED]

**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.

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES  |  | Dents<br>Traitées                            | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|--|--|--|---------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|----------------------------|----------------------|
|   |  |  |                     |                        | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/>  |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            | MONTANTS<br>DES SOINS | <input type="text"/> |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  | <input type="text"/> |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            | FIN<br>D'EXECUTION    | <input type="text"/> |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | <table><tr><th colspan="2">H</th></tr><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></table> |  |                     | H                      |                            | 25533412              | 21433552             | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|  | H  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | 25533412   | 21433552                                     |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | 00000000   | 00000000                                     |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | D  | G  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | 00000000   | 00000000                                     |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | 35533411   | 11433553                                     |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | B  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/>  |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     | DATE DU<br>DEVIS       | <input type="text"/>       |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     |                        |                            |                       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                            |                      |
|  |  |  |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION | <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 L'EXECUTION

# Docteur Hayat NAJIH

## Cardiologue



ناجيه  
والشرابين

122,70

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille  
Ancien interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen  
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes  
Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

طبيبة داء سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء.  
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا  
حاصلة على شهادة فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة باريس  
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 13/10/2023

12270  
Bankoutki kashoune

① - Daflon 500mg CP

Pharmacie du Jura  
TAHRI JOUTEI Rachid  
120, Bis P. 1, Ouassania Bny Zill  
Casablanca - Tél: 05 22 90 70 51

- 0 - 1

(Signature)

Dr. NAJIH Hayat  
Cardiologue  
Bd Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225  
Hay Hassani, Casablanca  
INPE: 0411111111



Docteur Hayat NAJH

Cardiologue



الدكتورة حياة ناجح

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille  
Ancien interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen  
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes  
Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

خريجة كلية الطب في الدار البيضاء.  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مارسيليا بفرنسا  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء.  
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا  
حاصلة على شهادة فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة باريس  
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطباء من كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 22/06/2023

Bankouki Kabhou

882.00 1 - 0 - 0 794.00 x 3  
1 - 0 - 0 206.70

2 - 0 - 0 23.80 68.9 x 3  
3 - 0 - 1 23.80

4 - 0 - 1 313.80 104.60 x 3

5 - 0 - 1 1426.30

6 - 0 - 1 1426.30

7 - 0 - 1 1426.30



294,00

294,00

294,00

104,80

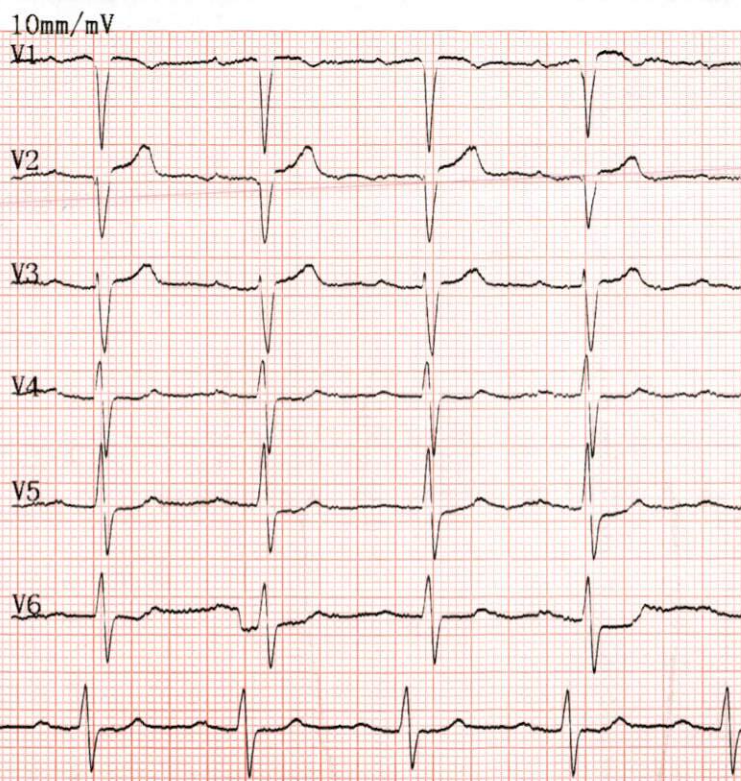
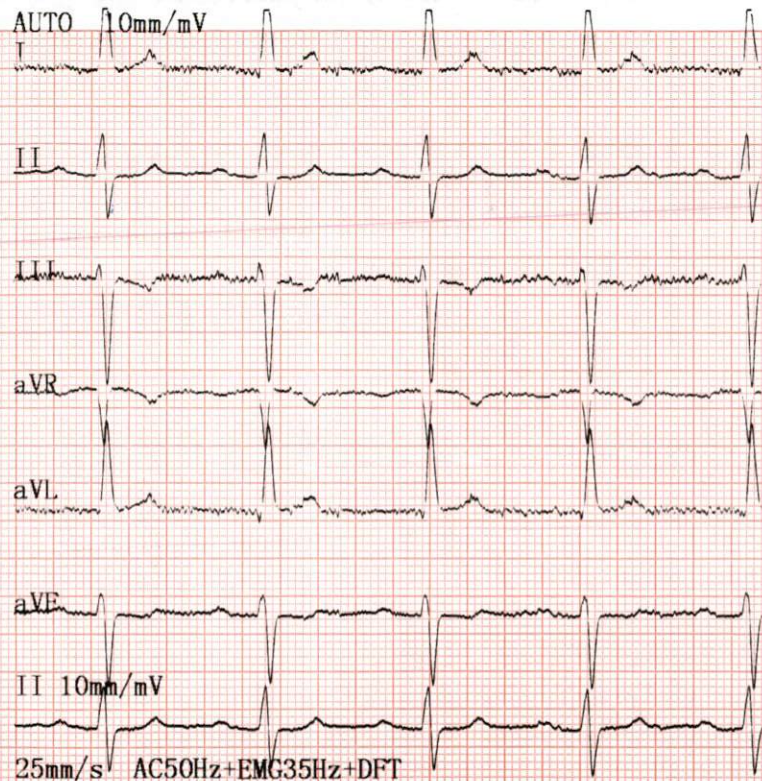
104,60

104,60

68,90

68,90

68,90



cabinet dr najih hayat  
2023-01-12 13:36

ID: barkouki  
Nom: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Taille: \_\_\_\_\_ cm Poids: \_\_\_\_\_ kg SYS/DIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
FC [bpm]: 70  
Intervalle PR [ms]: 242  
Durée P [ms]: 187  
Durée QRS [ms]: 120  
Durée T [ms]: 225  
QT/QTc [ms]: 395/426  
Axe P/QRS/T [deg]: 33.5/-31.9/-7.2  
R(V5)/S(V1) [mV]: 0.67/1.03  
R(V5)+S(V1) [mV]: 1.70

<<Conclusions>>  
Dévia. ax. gche sévère;  
IM antéros. Ancien;

**\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\***

Médecin \_\_\_\_\_