

## 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 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

- Reclamation : [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)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-578879

196173

payé

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **7585** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BOUKTIB DRISS**

Date de naissance : **30/01/1952**

Adresse : **BARI'D Bank DE HEIRA Hay**

Tél : **06 10600605** Total des frais engagés : **300,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **041046285**

Date de consultation : **27/01/2024**

Nom et prénom du malade : **BOUKTIB DRISS**

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

Nature de la maladie : **luxation Epaule**

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 : **27/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-578879

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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
27/01/2024		62	200	INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet ou 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

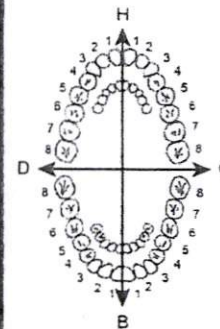
# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

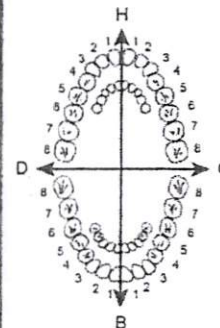
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE هصقة



هصقة TAGHZOUT

هصقة هصقوت  
CLINIQUE TAGHZOUT

Inezgane, le: 22/01/2024

Mr Boukrib Miss

ECG probablement normal

Rythme sinusal

Position gauche

Lésion myocardi'que infarct'ne  
ne peut être exclue

CLINIQUE TAGHZOUT  
Angle Av. Hassan II et du 11 Janvier  
Hay El Hassani - INEZGANE  
Tél: 05 28 33 23 33 Fax: 05 28 33 23 34  
Prise en Charge



DR. EL ADA Rachid  
Angl: 05 28 33 23 33  
Fax: 05 28 33 23 34  
E-mail: c.taghzoutscp@gmail.com



Dossier N° :

Chambre N° :



مصحة تغزوت  
CLINIQUE TAGHZOUT

Inezgane, le : 27/01/2024

## Bon de Radiologie

Nom, Prénom : Bouktib Dnise

Médecin traitant :

Dr. EL ADA Brahim  
Anesthésiste - Réanimateur  
Angle av. 11 janvier et av. Hassan 2  
Hay Hassani - INEZGANE  
Tél: 05 28 33 23 33 Fax: 05 28 33 23 34

INP



## Examens demandés

GLU

CLINIQUE TAGHZOUT  
Angle Av. Hassan II et du 11 Janvier  
Hay Hassani INEZGANE  
Tél: 028 33 23 33 Fax: 028 33 23 34  
Prise en Charge

Dr. EL ADA Brahim  
Anesthésiste - Réanimateur  
Angle av. 11 janvier et av. Hassan 2  
Hay Hassani - INEZGANE  
Tél: 05 28 33 23 33 Fax: 05 28 33 23 34



Dossier N° :

Chambre N° :

CLINIQUE



CLINIQUE TAGHZOUT

Inezgane, le : 20/01/2024

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur :

présente à M. :

sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

Pour l'acte :

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

CLINIQUE TAGHZOUT  
Angle Av. Hassan II et du 11 Janvier  
Hay Hassani INEZGANE  
Tél: 028 33 23 33 Fax: 028 33 23 34  
Prise en Charge



# مصحة تغزوت CLINIQUE TAGHZOUT

## F A C T U R E

N° 1 148 D / 2024 du 27/01/2024

Nom patient	BOUKTIB DRISS	Entrée	Sortie
		27/01/2024	27/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				100,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL ADA BRAHIM (anesthésiste)	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

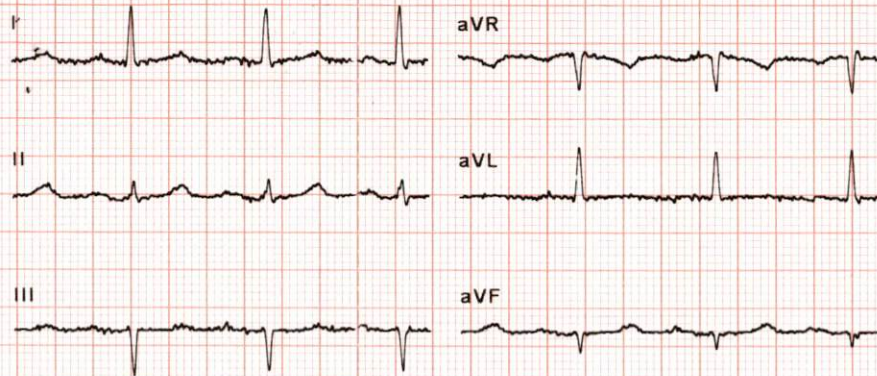
	Total général	300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 300,00	Total encaissé 300,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--------------------------	---------------

CLINIQUE TAGHZOUT  
Angle Av. Hassan II et du 1<sup>er</sup> Janvier  
Hay Hassani INEZGANE  
Tél: 028 33 23 33 Fax: 028 33 23 34  
Prise en Charge



FC 85 /bpm



25 mm/s, 10 mm/mV

BP 40 Hz, AC 50 Hz

SCHILLER SWITZERLAND

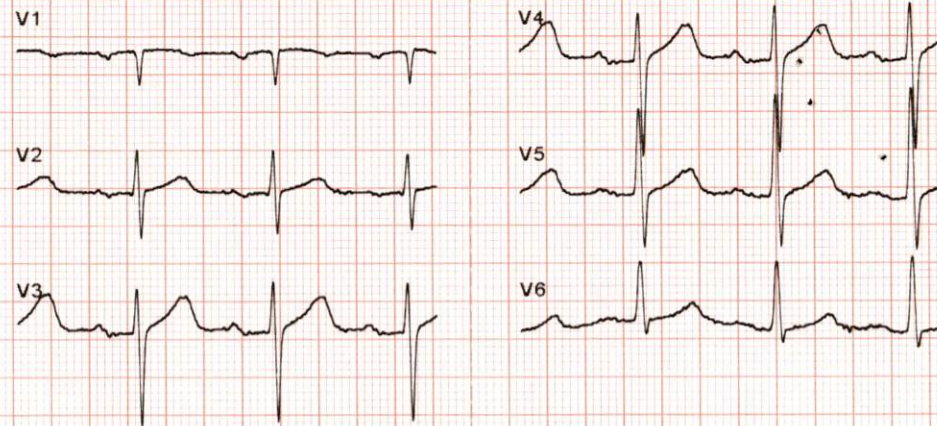
Art.No. 2.157 058

CE 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

27.01.2024 17:11:24



Simultané

Inversion d'él.

AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1

0703 SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

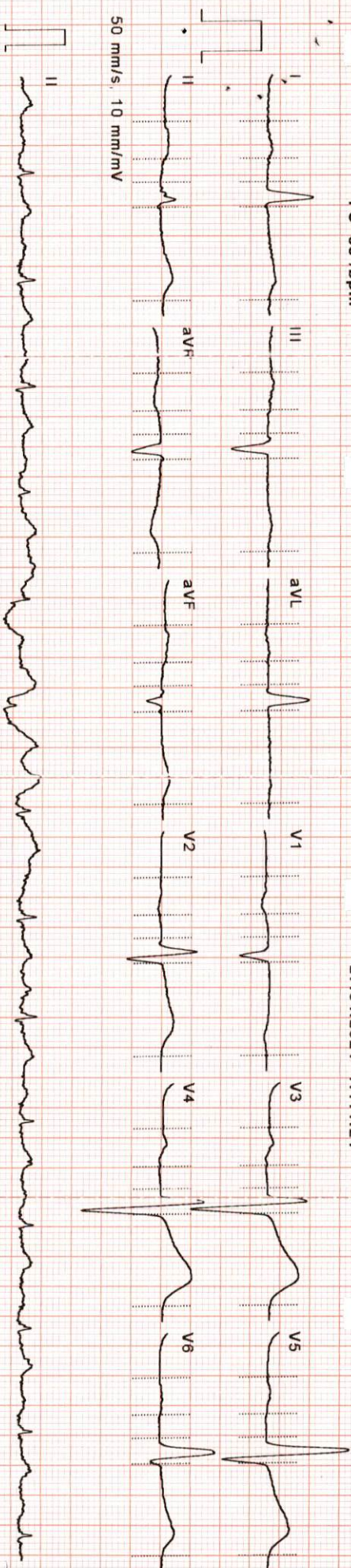
CE 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

FC 85 /bpm

27.01.2024 17:11:24



25 mm/s, 10 mm/mV

BP 40 Hz, AC 50 Hz

Inversion d'él.



FC 85 /bpm

27.01.2024 17:11:24

	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
P+ [mV]	0.07	0.06	0.06	-	0.05	0.05	-	0.02	0.07	0.06	0.05	0.05
P- [mV]	-0.01	-	-	-0.06	-0.02	-	-0.07	-0.05	-	-	-	-
Q [mV]	-	-	-	-0.50	-	-	-0.48	-0.04	-	-	-	-
Qd [ms]	-	-	-	46	-	-	48	8	-	-	-	-
R [mV]	0.78	0.27	0.05	0.05	0.09	0.05	-	0.60	0.67	0.74	1.39	0.94
Rd [ms]	48	62	18	20	62	18	-	34	34	34	52	58
S [mV]	-0.03	-0.06	-0.62	-	-	-0.25	-	-0.59	-1.31	-1.35	-0.76	-0.16
Sd [ms]	20	22	44	-	-	66	-	34	38	38	32	26
R' [mV]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R'd [ms]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S' [mV]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S'd [ms]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J [mV]	-	0.01	-	-0.01	-	0.01	0.02	0.03	0.01	-	0.01	0.03
ST [mV]	0.03	0.02	-0.01	-0.02	0.02	0.01	0.03	0.08	0.16	0.16	0.10	0.05
T+ [mV]	0.14	0.21	0.07	-	0.04	0.14	0.03	0.21	0.53	0.53	0.39	0.25
T- [mV]	-	-	-0.02	-0.18	-	-	-0.07	-	-	-	-	-

AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1

FC 85 /bpm

27.01.2024 17:11:24

RR	704 ms	P axe	42°
P	126 ms	QRS axe	-16°
PR	204 ms	T axe	45°
QRS	84 ms		
QT	394 ms		
QTc	470 ms		
(Bazett)			
Sokolow	1.98 mV		
Cornell	2.00 mV		
Lewis	1.32 mV		
Romhilt	-		

AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1

Nr

N° BOUKTIB DRISS  
 Né 27/01/2024 24A02069  
 Se  
 Pa DRABDELOUADOUD MOHAMED

Taille .....cm

Poids .....kg

TA ...../.....mmHg

Traitement .....

Remarque .....

27.01.2024 17:11:24

**ECG probablement normal**

Rythme sinusal

Position gauche

QRS(T) modifié

lésion myocardique inférieure ne peut être exclue

AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1