

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

N° DMBF3

CP

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016553

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AQUAD NAJIB Date de naissance : 13 04 53

Adresse : RES ABDEL JOUHEN IM2 IPTII BD BIR ANZARANE CASABLANCA

Tél. : 0661411411 Total des frais engagés : 1137,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 DEC 2019

Nom et prénom du malade : M. AQUAD NAJIB Age : 66

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

Nature de la maladie : MIA

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 : 03 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : Aquad Najib/Ram

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/12/19	837,40

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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 colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

[illegible]

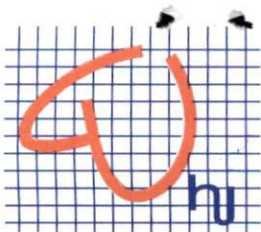
A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the center (midline) and moving outwards. The central incisors are labeled 1, the canines 2, the premolars 3, the first molars 4, the second molars 5, the first premolars 6, the second premolars 7, and the third molars 8. The arch is bisected by a vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right passes through the center of the arch.

**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness, Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra, Quartier Racine - Casablanca 20000

03 DEC. 2019

الدكتور حسن جمعة
أمراض القلب و الشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

Dr. Amad Majid

36n, 00 x2

Exforge 10/16

57,7 x 2 1/2 x 1/2

Aldactaz 50

ser not

$\sigma = 837,40$

08/12

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél.: 0522 39 31 01 Fax: 0522 36 79 33
INP: 05180218



611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH



611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH

P.P.V: 57DH70

LOT: B21995

EXP: 02.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B21994

EXP: 02.2021



AOUAD NAJIB

Date Examen: 03/12/2019 12:54:31

Dr. Jammi Hassan, CardioPoint

Handwritten signature: A. M. F. J. Nouel

HR	59/min	P	110ms	Axe P	53°
RR	1017ms	PQ	186ms	Axe QRS	25°
		QRS	104ms	Axe T	42°
TA		QT	420ms	QTc(B)	415ms

(* Non confirmé par le médecin)
* DETECTION DE COMPLEXES VENTRICULAIRES ABERRANTS
* BRADYCARDIE SINUSALE
* ELARGISSEMENT ONDE P
* HYPERTROPHIE DE AURICULAIRE GAUCHE

* HYPERTROPHIE DE AURICULAIRE DROITE
* DEFECT DE CONDUCTION INTRAVENTRICULAIRE IMPRECIS
* DEPRESSION ST. ENVISAGER UNE LESION ANTERIEURE
* INFARCTUS LATERAL ANCIEN
* ECG ANORMAL



0,00s 1s 2s

Filtres: 0,07 Spline - 90 Adapt, ~50 [Hz]

25,00 mm/sec