

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

- | | | |
|---|-------------------------|---------------------|
| 0 | Réclamation | contact@mupras.com |
| | Charge | pec@mupras.com |
| | et changement de statut | adhesion@mupras.com |

le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Al Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Ancas 20000 - Tel : 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° W19-576805

N.D. 44663

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1439 Société : Retraite Ray.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HARBOUZE Ahmed.

Date de naissance : 16/12/1952

Adresse : 24 Route Ouled Ziane App. 14.
Casablanca

Tél : 0661885624 Total des Années engagées : 1055,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

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 : 20/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/10/2020	CS		25000DH	INF: 0905 31583 Dr. ABDELHAKIM CARBIOLOGUE 319, 1er étage, Cité 100 84, Moumen, Cité 100 Tél.: 022 79782 / 06/05 Email: a.henane@eigim

091234583

319, 1er étage, Caspary
St-J. Mountain, Québec
Tel.: 0522 / 719 / 82 / 0670
E-mail: a.inehahane@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/07/2020	805,80

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
						
						
						
						
						

* 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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.													
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												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX 										
			MONTANTS DES SOINS 										
			DATE DU DEVIS 										
			DATE DE L'EXECUTION 										

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.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Anass INCHAOUH

CARDIOLOGUE

- Diplômé en échocardiographie de l'Université BORDEAUX Segalen
- Diplômé en cardiologie pédiatrique et congénitale de l'Université PARIS Descartes
- Diplômé en ultrasonographie vasculaire de l'Université SORBONNE
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd, Casablanca
- Ancien médecin à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière
- Ancien médecin assistant des hôpitaux de Liège - Belgique



الدكتور أنس إنشأوه

اختصاصي أمراض القلب والبشرايين

- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا
- دبلوم أمراض القلب للأطفال و البضع من جامعة ديكارت
- بباريس - فرنسا
- دبلوم للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة السوربون
- بباريس - فرنسا
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي سالتريير بباريس - فرنسا
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بليجا - بلجيكا

وصفة طبية

ORDONNANCE

CASABLANCA, LE

16/10/2020

الدار البيضاء, بتاريخ

Mr HARBOUZE AHMED

134,30x6
coirbasar sun 150/12.5
1cp/j pendant 6 mois



805,80

PHARMACIE DU SOLEIL
EL 2770 M. - Pharmacie
43, Rue Mohamed Dioury
CASABLANCA
Tél.: 05 22 30 11 09 / 05 22 30 12 35

Dr. Anass INCHAOUH
CARDIOLOGUE
319, 1er étage, bd. Lalla Asmaa,
Sidi Moumen, Casablanca
Tél.: 0522 71 97 82 / 0670559597
E-mail: a.inchaouh@gmail.com

319, 1^{er} étage, bd. Lalla Asmaa, Sidi Moumen, Casablanca
Tél.: 0522 71 97 82 | Email: a.inchaouh@gmail.com

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

PPV : 134DH30

Lot n° : 192059

Exp. : 01/2021

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

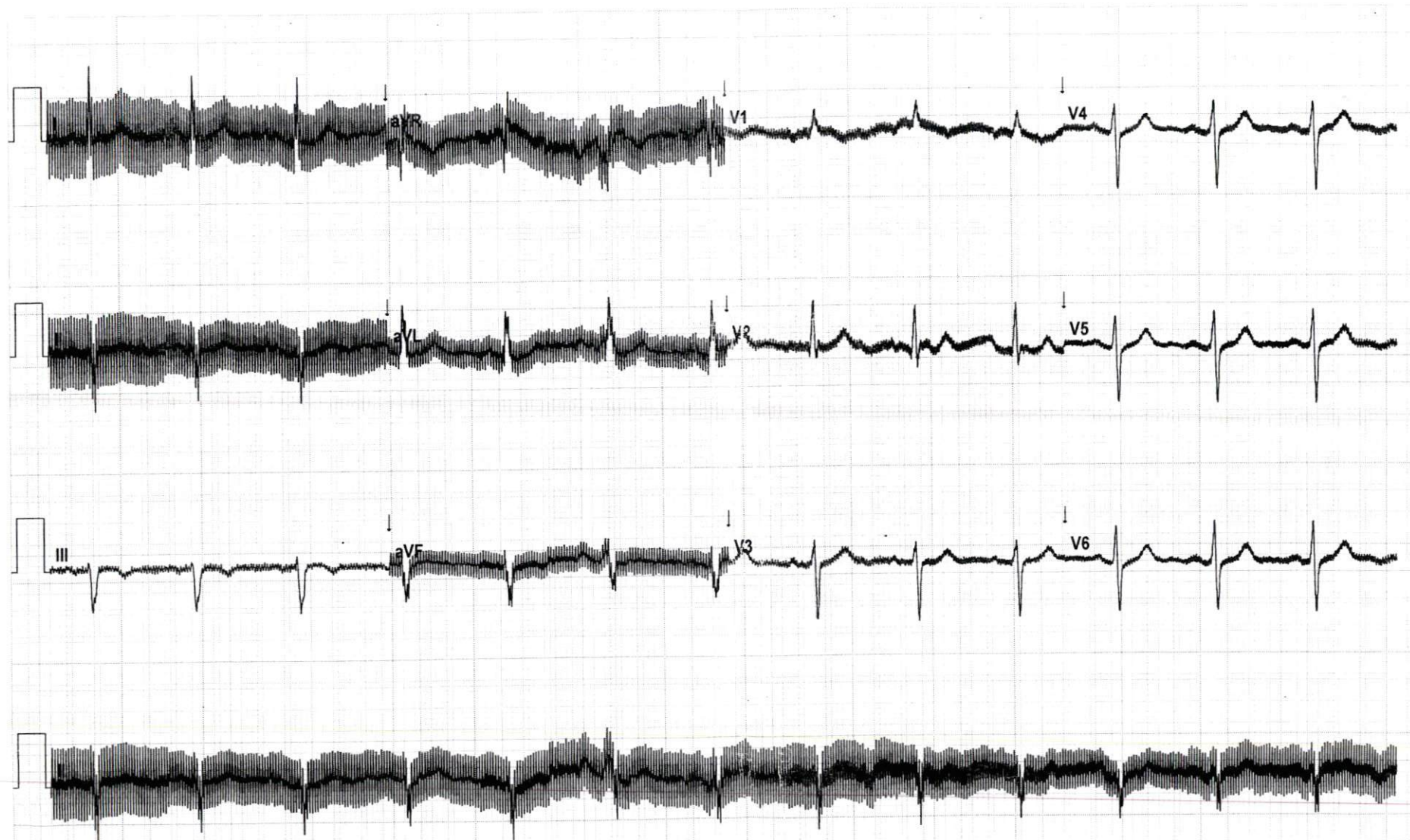
Harbouze, Ahmed
ID:
D-naiss: 01-Jan-1952
68ans,

16-Oct-2020 13:25:39

Fréq.Card: 79 BPM
Int PR: 149 ms
Dur.QRS: 98 ms
QT/QTc: 336 / 371 ms
Axes P-R-T: 39 266 -16

RYTHME SINUSAL
PROBABLE HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE DROITE [GRANDE ONDE R EN V1, DEVIATION AXIALE DROITE,
RETARD DEFLEXION INTRINSECOIDE, SSS]
SOUS DECLAGE DE ST MODERE [DE 0,05+ mV]
ANGLE SEGMENT QRS-T ANORMAL [AXE SEGMENT QRS-T > 60]
ECG ANORMAL

Non confirmé



123456789ABC

0

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.5.1.1 Séquence # 03552 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz