

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.

tique :

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 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



41624

Déclaration de Maladie : N° P19-0016261

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1968 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HYE EZZAM MAFIMA Date de naissance : 02.08.51

Adresse :

Tél. : 05 22 27 54 67 Total des frais engagés : 300. - 624,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 JUL 2020 46 79 79 - 05 22 46 78 90

Nom et prénom du malade : EZZAM MAFIMA Age : 69 ans

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

Nature de la maladie : HTA chronique MUPRAS

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 : 25/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

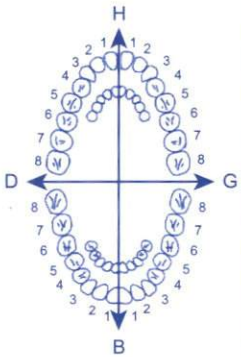
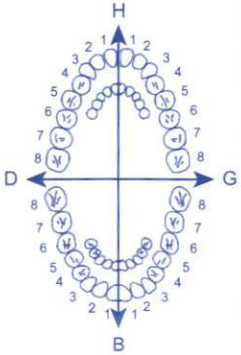
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

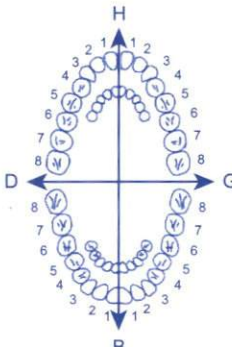
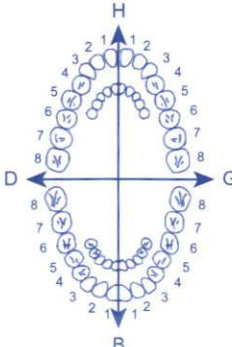
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'occlusion.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">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</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|---|--|---------------------|-------------|--|
|  | | | | | COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | <div><div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div></div> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Explorations cardio-vasculaires

(ECG, Holter, Epreuve d'Effort,

Echo Cardiographie et Doppler Couleur)

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

خريج كلية الطب بباريس

الفحص الآلي للقلب والشرابيين

N° d'identification du praticien : 091129718 : الرقم الوطني الاستدلالي

Casablanca, le 16 JUL. 2020

الدار البيضاء في

Mr Ezzaim MAF-TANA

صيدلية تاماروفت
Pharmacie Tamarouft
Dr. BENKIRANE Dounia
4, Rue Tamarouft - Bourgogne
Casa - Tél. : 05 22 26 56 16

LOT : 191593
UT AV : 11/2021
PPV : 79,00 DH

Acard 50mg 1cp x 2/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Induction 1cp x 3/j

Librax 80, 1cp x 2/j

Librax 1cp x 2/j

صيدلية تاماروفت
Pharmacie Tamarouft
Dr. BENKIRANE Dounia
4, Rue Tamarouft - Bourgogne
Casa - Tél. : 05 22 26 56 16

Librax® 5/25 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT: 20010 PER: 01/2023
PPV: 21,00 DH

LOT : 191593
UT AV : 11/2021
PPV : 79,00 DH

LOT : 191593
UT AV : 11/2021
PPV : 79,00 DH

LOT : 191593
UT AV : 11/2021
PPV : 79,00 DH

LOT : 191593
UT AV : 11/2021
PPV : 79,00 DH

LOT : 191593
UT AV : 11/2021
PPV : 79,00 DH

LOT : 191593
UT AV : 11/2021
PPV : 79,00 DH

شارع للا الباقوت - عمارة مجسي - ال
ussac) et 38, Bd. Lalla Yacout -)
: 05 22.48.79.79 / 05 22.48.79
e RDV appeler le : 06 22 180 812 :

10mm/mV 25mm/s



| | | | | |
|---------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|--|
| | | Fréquence : 1000 Hz | Intervalle PR : 133 ms | <p>Suggestion :</p> <p>Dr. J. SIBAÏ CARDIOLOGUE Angie 38, Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Kasbi - Casablanca Tél.: 06 22 45 73 19 - 05 22 48 78 90</p> |
| | | Durée Echantillon : 9 s | Intervalle QT : 379 ms | |
| | | FC : 85 bpm | Intervalle QTc : 451 ms | |
| | | Durée P : 88 ms | Axe P : 59.9° | |
| | | Durée QRS : 120 ms | Axe QRS : 46.6° | |
| | | Durée T : 229 ms | Axe T : 17.8° | |
| Filtre Principal:On | Filtre ADS:On | | | Signature Médecin: |

Filtre Principal:On Filtre ADS:On