

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
M23-003833

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2598 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Hajji Baba Fouad
Date de naissance : 01/07/1951
Adresse : 28 Rue 9 Juillet, France ville 2 Casablanca
Tél. : 0666 73 1198 Total des frais engagés : 2247,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/06/2023
Nom et prénom du malade : Bernadi Moutah
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31 JUL 2023
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 : 31 / 07 / 2023
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
28/06/2023	Cs + ECG Echo		1800 DM	
	non facturé			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/6/2023	447.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

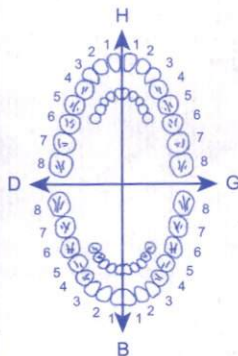
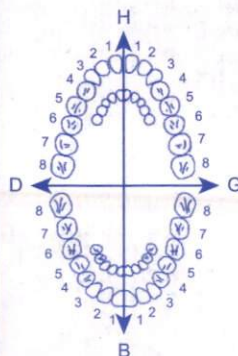
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Casablanca, le.....

28/06/2023

Your Demanda

34,60 x 2

1) - Lasilix 40

98,40

2) - Tareg 40 ug

2 x 140.00

3) - Oeds 20

03 mB



4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél.: 05 22 77 82 28 - Fax: 05 22 99 65 74
E-mail: info@ciocasablanca.ma
Site web: www.ciocasablanca.ma

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste
Cardio-Vasculaire
600, Av. Driss
Cité Djmaâ, Préf. de l'Anassir
Tél.: 05 22 56 76 56 - Urgence 06 66 54 77 15



Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires et Enfants
600, Av. Driss
Cité Djmaâ, Préf. de l'Anassir
Tél.: 05 22 56 76 56 - Urgence 06 66 54 77 15

OEDES 20mg
56 gélules

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg
56 gélules

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

28/06/2023

Dr. Berrader
Echocardiogram

Nou ZHA.

VG my dilate, HUG -
Bonne contractilité et régularité

FE à 53%

pas de valvulopathie notable

VD my dilate

pas d'HTA

pericarde sec

OB - Aorte non dilaté

HRV 60 bpm

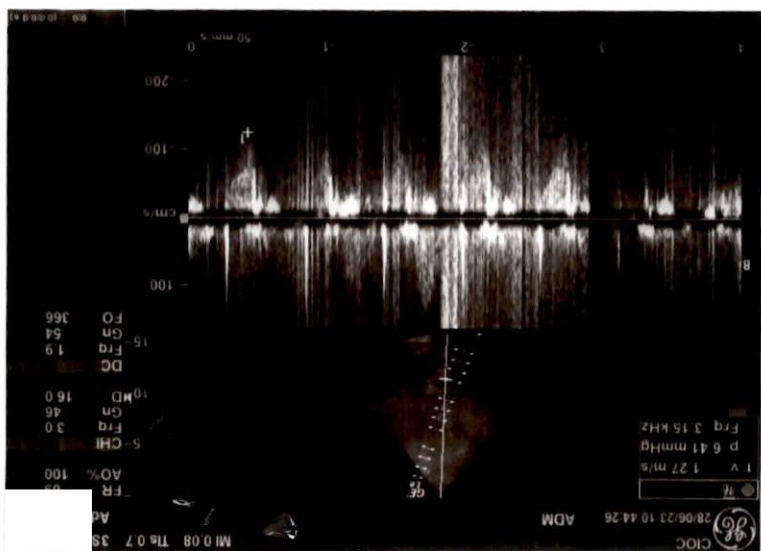
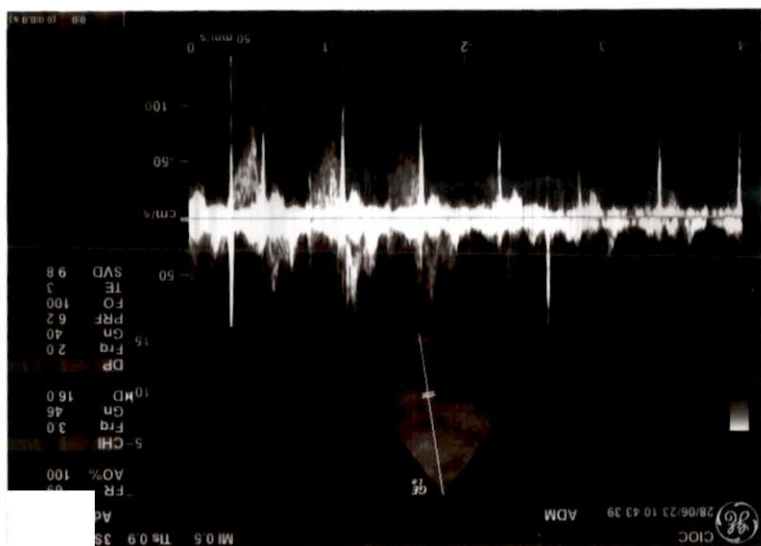
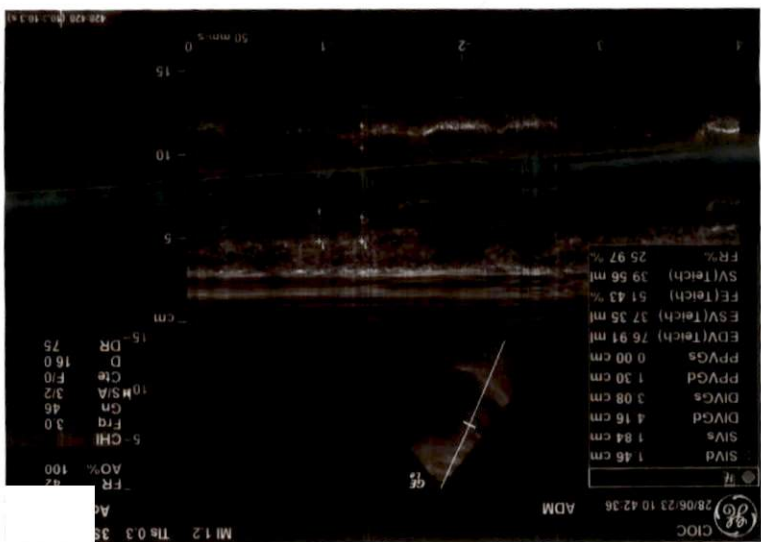
Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
600, Avenue Mohammed VI, Casablanca
Cité Oumayyoud, 20100, Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - 06 66 54 77 15

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré





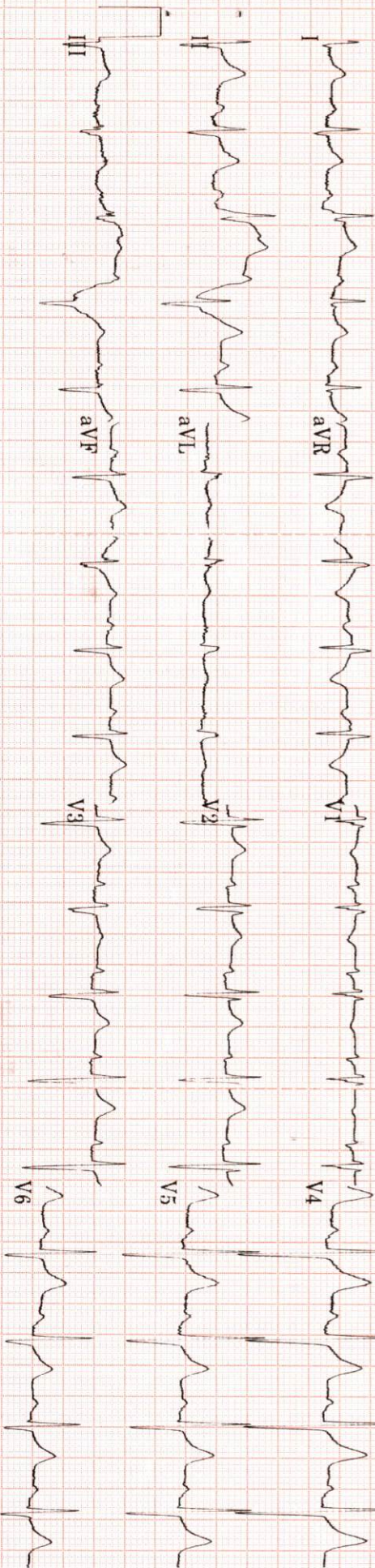
GE

MAC600 1.02

ID :

28-jun-2023 12:27:34

ID :



0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

106 bpm

4x2,5s

III

MAC600 1.02

12SL™ v239

Fréq. ventr. 106 bpm
Durée QRS 80 ms
QT/QTc 320/425 ms
Intervalle PR 138 ms
Durée P 90 ms
Intervalle RR 566 ms
Axes P-R-T 42 -26 50