

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

- 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

M22- 0010308

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El-BEN MALLEM Nour Date de naissance : 15.11.1944

Adresse : Hay Oulfa 7em 12 N° 6 Cosa : 912,700

Tél. : 0670 55 85 66 Total des frais engagés : 912,700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06.12.23

Nom et prénom du malade : BABA Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Endoprothèse Abdominale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 DEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
05.12.2023	CS + ECU	100	210.00	Dr. MALLEM Karine Cardiologue Tél: 06 67 83 37 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARWICIE AL CHAUJAK Hainaut Fournisseur en pharmacie Quai Sabour - El Quai 03 22 00 55 45	06/12/93	662,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

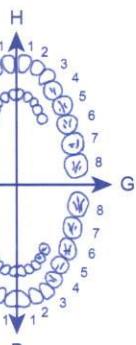
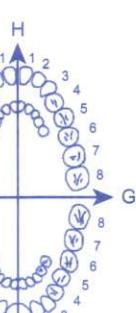
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المعهد المغربي لأمراض وجراحة القلب
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00

ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

le 06/12/23

185,20

R^k ISABA

Mohamed

185,20

Sulwat 1601101

185,20
x3

145

35,20
x3

Kandufic 160

662,70

185

Dr BEN MALLEK Kenza
Cardiologue
Tel: 06 61 83 37 45

PHARMACIE AL GUARDA
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
3 AV. Oued S. Bou - El Ouleya
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
ICE : 001859090000037

Mr de 03005

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 23E008
PER : 04/2025

118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 23E008
PER : 04/2025

118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 23E008
PER : 04/2025

118001 081189

ID:baba

Name:mohamed

Sex:Male

Birth Date:

Years

Medication:

cm

kg

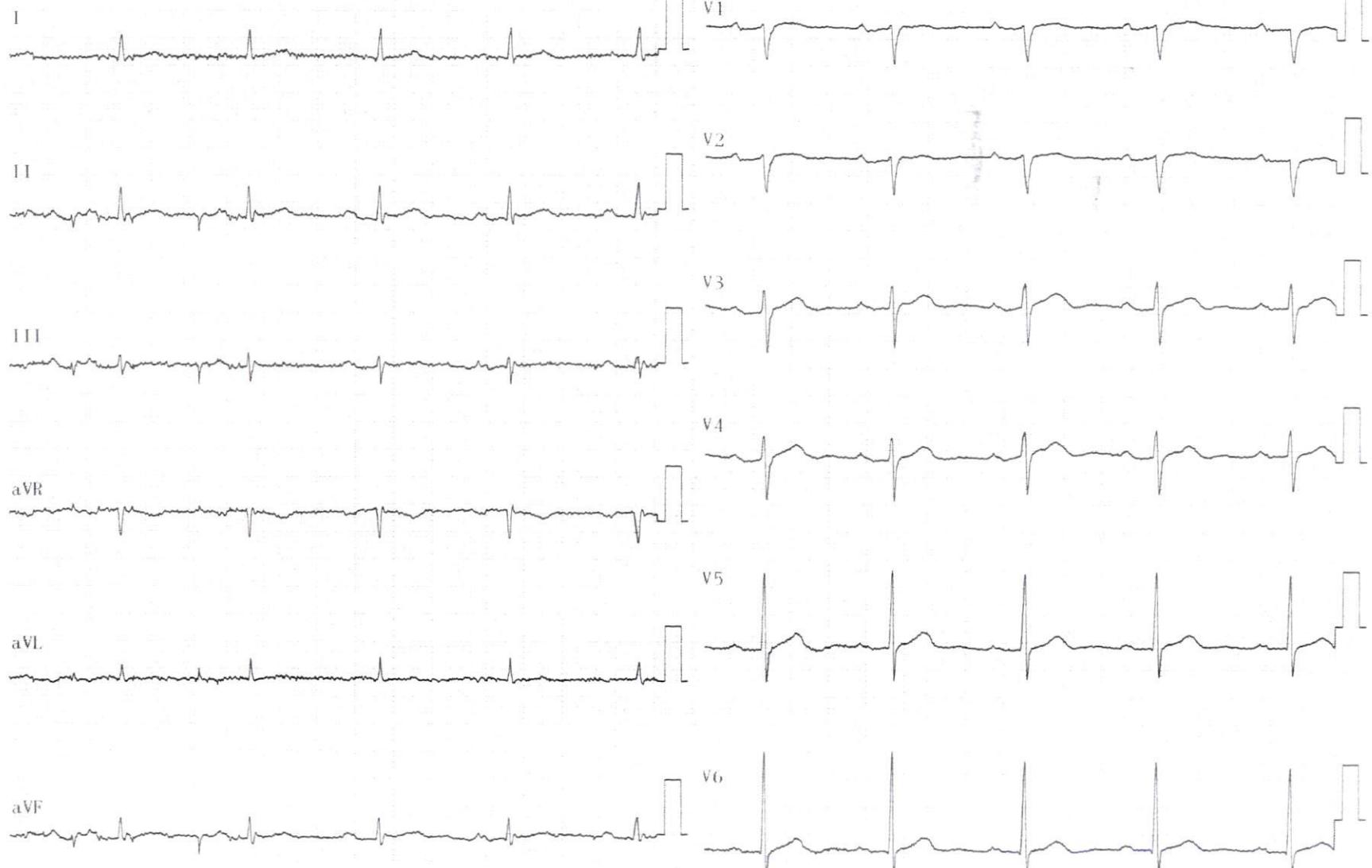
mmHg

Dec- 6-2023 8:33 PM

63 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: 100 d 100 Hz

10 mm/mV



1350K 01-71 02-40 Dept. :

Exam:

Dec-6-2025 8:55 PM

ID:baba

Name:mohamed

Sex:Male

Birth Date:

Years

cm kg mmHg

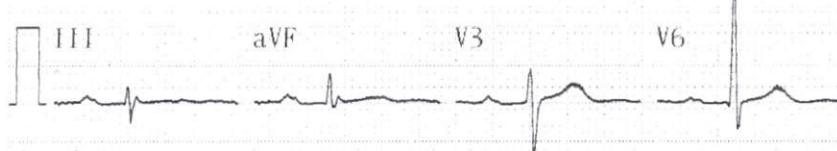
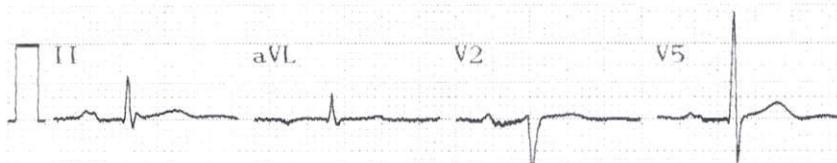
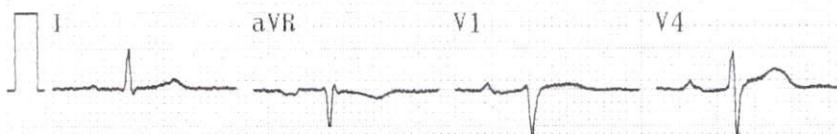
Vent rate	62	bpm
PR int	236	ms
QRS dur	90	ms
QT/QTc int	378/ 384	ms
P/QRS/T axis	66/ 39/ 46	"
RV5/SV1 amp	1.000/ 0.600	mV
RV5+SV1 amp	2.000	mV

1100 Sinus rhythm
2231 First degree AV block
9150 ** abnormal ECG

RENN MALLER
Cardio Dept.
Tel. 021 800 2145

M/7
Df
R4 GRA GUp
Institute

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam: