

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.

Diagnostique 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

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

N° P19- 049265

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société : 13077

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BANGA MECHHAURE

Date de naissance : 49

Adresse : Hay Saida - L'Anjoune

Tél. : 06 23 39 51 99 Total des frais engagés : 1030.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2020

Nom et prénom du malade : MECHHAURE BANGA Age : 13 ans

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Le : / /

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
02/09/2020	ca 2 wsf	3000		
02/09/2020	onlaga	02		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/2020	730,60
		Code: 102025178

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

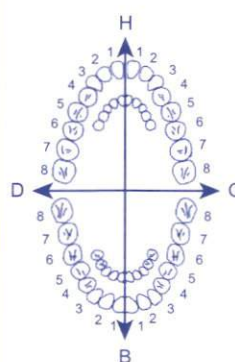
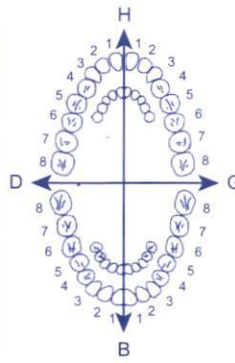
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

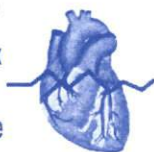
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ELBEKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Cœur, des Vaisseaux
et de l'Hypertension Artérielle

Echo Doppler Cardiaque - Echo Doppler Vasculaire
Holter E.C.G et tensionnel Epreuve d'Effort



الدكتورة البكري بشرى

إختصاصية في أمراض القلب

الشرايين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

07/06/2012

سلا في

Mr. Mohamed Boudia

(M23mg)

43.00
x3 m

Anglar 5
x8 m

58.10
x6 m

Cardioral 5
260



Serbia
01/1/2012

34.60
x5 m

Leobla 5
x8 m

730,60

Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3
Av. Mohamed V, Tabriquet - Salé
05 37 86 64 64

LOT : 9MA002
PER: 09 2023

Lasilix 40mg
20 Cp séc

P.P.V : 34DH60



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

LOT : 9MA001
PER: 09 2023

Lasilix 40mg
20 Cp séc

P.P.V : 34DH60



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

LOT : 19E006
PER: 07 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

LOT : 19E008
PER: 09 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

LOT : 19E010
PER: 10 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



PPV :
Exp :
° Lot :

20,00

PPV: 43DH00
PER: 09 21
LOT: 12057



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

PPV: 43DH00
PER: 02-22
LOT: J490



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

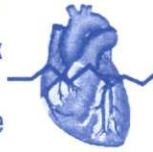
PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

Dr. ELBEKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Cœur, des Vaisseaux
et de l'Hypertension Artérielle

Echo Doppler Cardiaque - Echo Doppler Vasculaire
Holter E.C.G et tensionnel Epreuve d'Effort



الدكتورة البكري بشرى

إختصاصية في أمراض القلب

الشرايين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

07/08/20

سلا في

Dr. ELBEKRI Bouchra

m 92 - INR (X2)

Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3
Av. Mohamed V, Tabriquet - Salé
GSM : 05 37 86 64 64

ECG

ELBEKRI BOUCHRA

NOM:MACHHOUR BOUAZZA

ID :4102

Genre :Homme

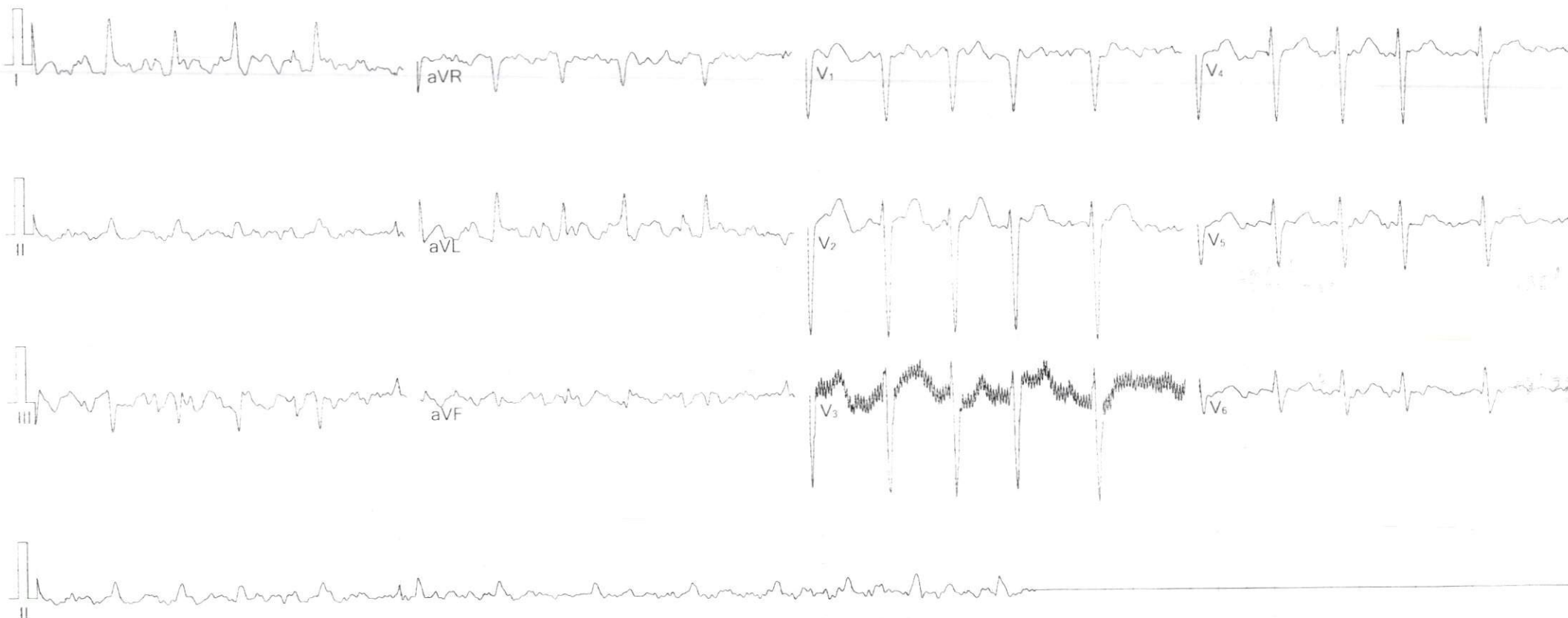
Age :70

DOB :01-01-1949

Date Test:02-09-2020 14:53

Case #: Investigation #: Médecin Référent: Doctor A

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval. PQ: 277 ms

Durée ECG: 8 s Interval. QT : 574 ms

FC : 26 bpm Interval. QTc : 377 ms

Durée P : 200 ms Axe P : 28.4°

Durée QRS : 178 ms Axe QRS : 22.4°

Durée T : 366 ms Axe T : 62.4°

Suggestion :

Total Batts 4, Batts Normaux 4,*** Hypertrophie auriculaire droite,
Bloc de conduction intraventriculaire non spécifique, Infarctus Latéral du
myocarde, - Age indéterminé, - avec 1 bloc AV, ECG Anormal ECG,

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin: