

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

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- 064953

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1200 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADINE Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 69 26 1 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction)			Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de

VOLET ADHERENT		NOM : <u>M^{lle} HADINE AHMED</u>	Mle <u>1200</u>
DECLARATION N°		W18-390983	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>18/2/20</u>	<u>1023,70</u>	<u>08</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-390983

DATE DE DEPOT

18/2/20

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1200</u>	
Nom & Prénom		<u>HADINE AHMED</u>	
Fonction :	<u>EX AGT/RAM</u>	Phones : <u>661.163.261</u>	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Dr Hadine Ahmed</u>	
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age
Nature de la maladie		Date <u>08/02/20</u>	
<u>Gastrite - m. f. c.</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Co. d'analyse + ECG</u>			<u>1023,70</u>
PHARMACIE		Date <u>08/02/20</u>	
Montant de la facture		<u>223,70</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

DR. KOUBA LOUAI
Medecin des Urgences
Centre Commercial Nadia
Imm. 2, 3ème Etage N°11
Gsm: 0664 20 87 14

PHARMACIE CHOKR
Dr ZINE EL ABIDINE Zakia
Km 14 Douar Ouled Melek
Bordj Bouja Ma
Tél: 03 59 03 81



Dr. LOUAI Koubaa

24h/24

Médecin des urgences

Casablanca, le 08/02/2020

Dr. Hadim Attar

28,10

1/ Nosalige Sirp.
1 dose x 3

(31) - 1/2

83,20

83,20

2/ Spectrum 500 mg
1cp - 0 - 1cp

PHARMACIE
ZINE EL ABIDI
14 Douar Ouf
Boukoura Cas
Tel 399 59 03 07

52,40

3/ Spectrum 500 mg
1 dose x 3

(31) - 1/2

60,00

4/ Enterofermina
1 dose x 2

(21) - 1/2

263,70

1 dose x 2

(21) - 1/2

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28,10

0,1% قوخالين

ميطوبيمارين

SMECTA 3G
LOT : 304611
P.P.V : 520H40
PER: 04/2022



DR. LOUAI Koubaa
Médecin des Urgences
Centre Commercial Nadia
Im. 2, 3ème Etage N°
Gsm: 0664 20 87 14

75455 Lot/Batch: X1005
79902 Fab/Mfg: 10 / 2019
EXP: 09 / 2021

Bd, Brahim Roudani Centre Commerciale Nadia, Imb 2 Etage 3 N°

Gsm.: 06 64 20 87 14 / E-mail : docteurlouai@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina, susp b 10 n
P.P.V : 60,00 DH





Dr. LOUAI Koubaa

24h/24

Médecin des urgences

- Consultation à domicile
- Hospitalisation à domicile
- Médecin de famille

Casablanca, le 08/02/2020

NOTE D'HONORAIRE

Le docteur KOUBAA LOUAI a l'honneur de présenter ses
meilleures salutations à.....

M. Hadige Ahmed

Et lui adresse selon usage, sa note d'honoraire pour la
consultation médicale à domicile. Rajout ECG

+ ECG

Soit la somme de.....

800 dh (Huit cent dh)

DR KOUBAA LOUAI

Dr. KOUBAA LOUAI
Médecin des Urgences
Centre Commercial Nadia
Imm. 2, 3^{ème} Etage N°11
Gsm: 0664 20 87 14

Patente : 34709760 / I.F : 14407886 / ICE : 001651180000019 / INPE : 091188359

I.D.: 000638 Sex: Age: 6-10Y

<Analysis Result>:

Heart Rate (BPM)	75		
PR Int. (mS)	184		
P/QRS/T Int. (mS)	134	81	146
QT/QTc Int. (mS)	375	420	
P/QRS/T Axis (Deg.)	-11	8	52
RV5/SV1 Amp. (mV)	0.52	0.71	

801 Sinus Rhythm
132 Low Voltage (Chest Leads)
751 Suspect Anteroseptal Infarction
616 Unspecified T Abnormality
202 Mild Left Axis Deviation

Unconfirmed Report Reviewed By :

Dr. KOUFAA LOUAI
Medecin des Urgences
Centre Commercial Nadia
Imm. 2, 3^{ème} Etage N°11
Gsm: 0664 20 87 14

Dr. Hadige
Hm

Le 08/02/2020
- 13h16



* 10mm/mv 25mm/s HUM EMG ADS 2011-02-28 01:54 ♡ 74

♡ 74

♡ 75