

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.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008644

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 313

Société : 569F9

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUAIFI

ZOHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-08644

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

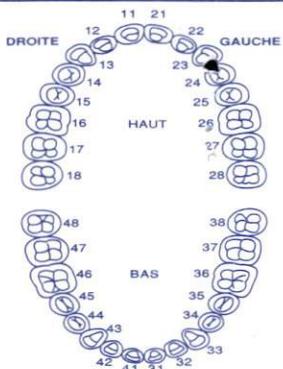
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

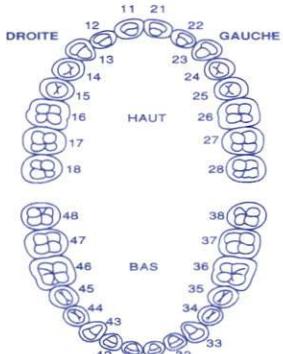
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT NOM:

DECLARATION N° P 17 / 043564


MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Mme

Cachet
MUPRAS

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


MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 0043564

DATE DE DEPOT

26/01/2011

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 00000313

Nom & Prénom EL OUAIFI ZOHRA

Fonction AGENT DENTISTE Phones 0522211748

Mail

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient WHI

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 01/01/21

Nature de la maladie HTA

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes CSTAH

Nbre de Coefficient 300

Montant détaillé des honoraires

Echafaudage 1000

13001

Signature et
Docteur Mohamed GELI
CARDIOLOGUE Cas 233

PHARMACIE

Date 16/01/21

Montant de la facture

811.40

Signature et
Docteur Mohamed GELI
CARDIOLOGUE Cas 233
Télé: 0522 82 51 00
30, Angle Av 22 et Bd Panoramique
Casab - Tel: 03 22 21 17 85
PHARMACIE ANDALOUS
Rue SIAOU
Casab - Tel: 03 22 21 17 85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

MUPRAS
CACHET



CENTRE CARDIOVASCULAIRE
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le

11-1-21

WAFI phone

30.5.02
1)

Subpril 400 mg
1611

1's

102.8 x 3

205.02
221.52 21

Xesibol 25 96.02.23
1411

1's

1's

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
Rue Tariq El Ziad
Quartier des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

Metaxig 60
1411

1411

811.418

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SIAOUI
4, Rue Tariq El Ziad - Quartier des Hôpitaux
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360
394 Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casablanca - Tel: 05 22 81 17 85

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SIAOUI
394 Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casablanca - Tel: 05 22 81 17 85

P.P.V : 101.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V : 101.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V .101.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

بوزن - طبيه فقط - فانمه ١

Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 221,00 DH
AMM 450/16DMP/21/NTO

95,00

95,00

95,00



Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 18.01.21

Note d'Honoraires

Nom/Prénom :

WAFI Zahra

Nature d'examen :

U+EU 300 DA
echodo aplo 1000 DA
Cardiologie

Total :

1300 DA

Somme arrêtée à :

Sept mille trois Cent DA

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
Quartier des Hôpitaux Ibn Ziad
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

CENTRE CARDIOVASCULAIRE LES HOPITAUX

Docteur Mohamed LEBBAR
Cardiologue Médico Chirurgical

Secrétariat: 05-22-86-33-66
Télécopie: 05-22-86-33-55
Portable : 06 61 32 26 05
Email: labcardio@menara.ma

Casa, le 18/01/2021

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

WAFI ZOHRA

- PAS D'EPANCHEMENT PERICARDIQUE
- OG DE TAILLE NORMALE
- VALVE MITRALE EST NORMALE
- SIGMOIDES AORTIQUES SONT REMANIEES AVEC IAO MINIME
- LES CAVITES DROITES SONT NORMALES
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG DE TAILLE NLE SIV14
- FE ESTIMEE A 70%

CONCLUSION

HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE DES PAROIS DU VG
PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
CAVITES DROITES SONT NORMALES
FONCTION VG CONSERVÉE CINÉTIQUE SEGMENTAIRE NORMALE

N⁴ Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca 2010

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 86 33 66
Fax: 0522 86 33 55

Nom: WAFI ZOHRA

Date de naissance: 01/01/1950

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: WAF

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 18/01/2021 11:18:23

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

— : Arrêt \ : Arrêt V : Marche HR: 71 bpm

