

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.

biologie 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.

éducation :

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.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALÇ :

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008644

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 313 Société : 56959

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUAFI ZOHRRA

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 N° 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 :

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 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		Coefficient des travaux														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G		00000000	00000000		35533411	11433553	Montant des soins
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		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 :	Mle
DECLARATION N°	P 17 / 0043564	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		

Cachet
MUPRAS



P 17 / 0043564

DATE DE DEPOT

26 / 01 / 2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0000313
Nom & Prénom EL OUAÏ: ZOHRA		
Fonction VICE DENT	Phones 052221798	Signature de l'adherent
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient WAF Zohra
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie HTA	Date 18.1.21
Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes Cstah	Nbre de Coefficient 300	Montant détaillé des honoraires
Echafage	1000	13001

PHARMACIE	Date 18/01/21
Montant de la facture 811.40	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

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

17.1.21

WAFI phine

305.40

Enalapril

104.8 x 3



14pi

285.00

221.00

Xesibol 25

95.00 x 3

14pi



PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SLAOUI
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

Atroxig 60

14pi

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
Rue Tarik ibi. Ziad
Quartier des Hopitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

811.40

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SLAOUI
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SLAOUI
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

4, Rue Tarik ibi. Ziad - Quartier des Hôpitaux
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

P.P.V : 101.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V : 101.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V : 101.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

برصصة طبية فقط - فائمه 1

Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 221,00 DH
AMM 450/16DMP/21/NT0

95,00

95,00

95,00



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 18.01.21

Note d'Honoraires

Nom/Prénom : Wafi Zahre

Nature d'examen :

: D+ECU 300 DH
Echodo ppfr 1000 DH
: Cor-diap

Total : 1300 DH

Somme arrêtée à : mille trois cents dh

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 64 - 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 CONSERVEE CINETIQUE SEGMENTAIRE NORMALE

N°4 Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca 2010

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
N°4 Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux Casa
Tf : 0522 86 33 66

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

