

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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

N° M21- 0000631

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3097

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAÏJA DRISS

Date de naissance : 1-1-57

Adresse : BP 47 AGENCE ARB SIDI RAHAL

CODE POSTALE 26 43350

Tél. 06 77 43 78 42

Total des frais engagés 300,00 + 800,00 + 799,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAKIM Idris

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Zone Gekes + RTA

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
1/4/21			303 823 823	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE CHATEAU D'EAU
DR. TOUIJER HAYANE
DOUAR BENABID
DAR BOUAZZA Tél: 05 22 93 70 22

1/4/21

799,70

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

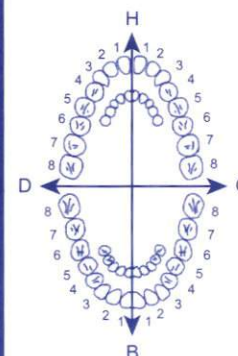
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

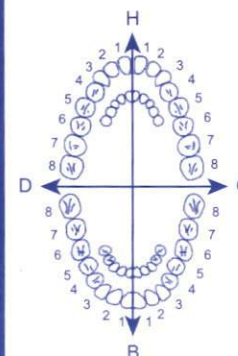
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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



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

1/4/24

HABIB JAWH

95,00

95,00

1/ Upio 2w 1/2 cp, 1^{er} ans

1^{er} ans 1/2 x 2 / 2^{er} et 3^{er} ans

34,60 x 4

4 Loxix 40 1/2 x 1

157,10 x 3

95,00 x 2

3/ Nodip 10 10

4 xesil 25 1h x 2

Lot n° :

157,10

EXP

PPV

Lot n° :

157,10

EXP

PPV

Lot n° :

157,10

EXP

PPV

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik
Quartier des Hôpitaux
Tél: 0522 86 33 60

LOT : 20E023
PER: 09 2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



118000 060468

PHARMACIE
DR. T.

LOT : 20E024
PER: 09 2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



118000 060468

4, R,
(Prolon)

LOT : 20E023
PER: 09 2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



118000 060468

LOT : 20E022
PER: 07 2024

20CP SEC

P.P.V : 34DH60



118000 060468



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 01/04/14

Note d'Honoraires

Nom/Prénom : HASSANE BOU

Nature d'examen :

Examen de

Total : 800M

Montant arrêté à :

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 05 22 86 33 66 - Fax: 05 22 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 01/04/2021

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

HAIDA DRISS

- PAS DEPANCHEMENT PARICARDIQUE
- OG DE TAILLE NLE
- VALVE MITRALE EST NORMALE IM LEGERE
- SIGMOIDES AORTIQUES SONT EPAISSIES AVEC IAO LEGERE
- L AORTE ACSENDANTE EST NLE
- LES CAVITES DROITES SONT DE TAILLE NLE
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG NON DILATE MAIS HYPOKINESIE GLOBALE
- FE ESTIMEE A 25%

CONCLUSION

DYSFONCTION SYSTOLIQUE DU VG
HYPERTROPHIE SEPTALE LEGERE
LES CAVITES DROITES SONT DE TAILLE NLE
LES SONDES DE STIMULATION SONT EN PLACE

N 4 Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca 2010

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

Nom: HAIDA DRISS

Date de naissance: 01/01/1951

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: HAI

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 01/04/2021 10:49:53

1/1

