

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.

Prothèse 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- 057836

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197 Société : 26822

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : REDOUANI BAHJA

Date de naissance : 09/07/1959

Adresse : N° 12, Rue D'ARMENIE Man ASA

Tél. : 0661424863 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
RÉS. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtar, (à côté de l'Agence INWI)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Date de consultation : 10/12/2021

Nom et prénom du malade : REDOUANI BAHJA Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 : CAS le : 19/11/2021

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
10.11.21	C5		400.000F	
11/11/2021	C5 + G6 200ch			
11/11/2021	perforation		1	

[illegible]

Tel: 0522 99 20 88
 Quartier Maâ

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

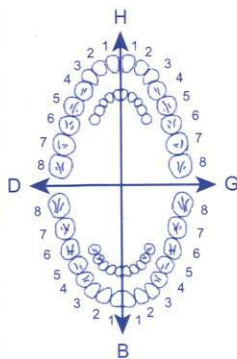
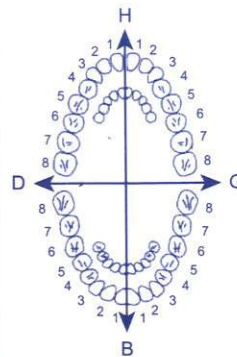
Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de

Veuillez 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															
	<div>H</div> <table><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>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

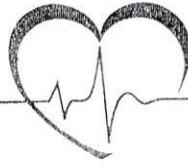
Casablanca, le.....

10/11/2021

MME REDOUANI BAHJA

ECG + Echographie Cardiaque préchimiothérapie


Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHÉRAPEUTE
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74



Nom : REDOUANI BAHJA

Date : 11/11/2021

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

Motif : évaluation fevg.

Fonction ventriculaire gauche normale. FEVG=70 % teicholz.

Pas de troubles de la cinétique segmentaire VG.

Ventricule gauche non dilaté dtdvg=38 mm, non hypertrophié, sive=8mm

Aorte thoracique non dilatée. Oreillette gauche non dilatée sog=16cm²

Pas de valvulopathie significative. Micro Ao.

Pressions de remplissage VG normales. e/a<1

Cavités droites non dilatées. Pas d'HTAP sur l'IT. PAPS=30 mmhg

VCI 12 mm compliant.

Pas d'épanchement péricardique.

Conclusion : Fonction ventriculaire gauche normale. Pas de valvulopathie significative.

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid El Achtar, (à côté de Agence INWI)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1^{er} étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء

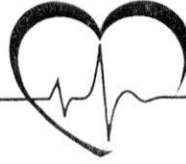
Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

NOM : REDOUANI BAHJA

DATE: 11/11/2021

NOTE D'HONORAIRES

Consultation et ecg = 300 DH.

Echographie doppler cardiaque= 1000 DH.

Total = mille trois cent dirhams.

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtar, la Côte de Agence INWI,
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1^{er} étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعارف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624



Nom : REDOUANI BAHJA

Date : 11/11/2021

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

Motif : évaluation fevg.

Fonction ventriculaire gauche normale. FEVG=70 % teicholz.

Pas de troubles de la cinétique segmentaire VG.

Ventricule gauche non dilaté dtdvg=38 mm, non hypertrophié sivd=8mm

Aorte thoracique non dilatée. Oreillette gauche non dilatée sog=16cm2

Pas de valvulopathie significative. Micro Ao.

Pressions de remplissage VG normales. e/a<1

Cavités droites non dilatées. Pas d'HTAP sur l'IT. PAPS=30 mmhg

VCI 12 mm compliant.

Pas d'épanchement péricardique.

Conclusion : Fonction ventriculaire gauche normale. Pas de valvulopathie significative.

DR. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtar, (à côté de Agence INWI)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1^{er} étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح « د » زاوية شارع بيرانزان و زنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

