

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 du professionnel 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-716708

118967

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08307

Société : Reforme

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : ELIRAKI Mohamed S'Shamm

Date de naissance : 28/11/1966

Adresse : R. Noukeur Gaudin, Imme B2 Apt 52 Noukeur

Tél. : 0661231610

Total des frais engagés : 2801,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELIRAKI Mohamed S'Shamm

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 : Rabat

Le : 14/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
22.6.22	18-21	1000	3000	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE LAHJAJMA
Avenue du Phare Résidence Tagnazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

10/06/22

1501,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

PHARMACIE LAHJAJMA
Avenue du Phare Résidence Tagnazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>26533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			26533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	26533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

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 10.6.11

ELSAKI 700 Sotham

3ms / 170 kg plus 14,15 157,90 x 5
y 140 kg plus 14,15 87,50 x 3
- 37 kg plus 14,15 140,00 x 2
+ 1 140 kg plus 14,15 87,50 x 2

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

PHARMACIE LAHAJMA
Casablanca
Tél: 05 22 20 28 67
Avenue du Prince Hassan Agnoul

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

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

*VIGNETTE
ZOFENIL PLUS
30 mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV 157,90 MAD

LOT: 21003
PER: 03/24
PPV: 84,80
84,80

LOT: 211540
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 211318
PER: 04-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 21003
PER: 03/24
PPV: 84,80
84,80



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

10.6.22

Note d'Honoraires

Nom/Prénom :

EL QRAKI, Mohamed

Nature de l'examen :

:
: 20/11/22 10009
:
:

✓
Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
Quartier des Hôpitaux - Casa
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

Somme arrêtee à

10009

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 10/06/2022

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

ELIRAKI MED SIDHOUM

- PAS DE DECOLLEMENT PERICARDIQUE
- OG DE TAILLE NLE
- VALVE MITRALE EST NLE
- VALVE AORTIQUE EST EPAISSIE AVEC IAO LEGERE
- L AORTE ACSENDANTE EST NORMALE
- LES CAVITES DROITES SONT NLES
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG NON DILATE
- FE ESTIMEE A 70%

C/C

LA CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG EST NLE
OG DE TAILLE NLE
HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE MODEREE DU VG
LES PRESSIONS DE REMPLISSAGE SONT NORMALES
IAO LEGERE

N° 4 Rue Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100
Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

Nom: EL IRAKI MOHAMED SIHOUM

Date de naissance: 01/01/1966

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: EL I

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 10/06/2022 14:25:40

1/1

