

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 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 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

- 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

M22- 0057721

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10097** Société : **RAM**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **DELFI KAMILIA**
Date de naissance :
Adresse : **190458**
Tél. : **062767666** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : **DELFI KAMILIA** Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **HTA**
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

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
4/11/14	232		1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/24	777,00

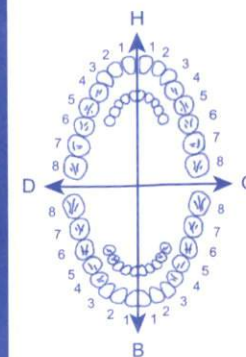
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PPU 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 5

PPU 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 5

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 6

LOT 230613
EXP 01 2027
Add 88.10 Dd



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 4/1/14

DELTA Kanké

$$88,10 \times 3 = 264,30$$

1/ Xeridol 25 1/4

$$142,10 \times 3 = 426,30$$

2/ Dabnel 10

$$23,80 \times 3 = 71,40$$

3/

3/ Aspiryl 16

4/ Mefine 14

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

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

officiel



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

4.1.24

Note d'Honoraires

Nom/Prénom :

DAFI KEMHE

Nature d'examen :

Edic 1000m

Total :

1000m

Somme arrêtée à :

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

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 04/01/2024

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

DELFI KAMILIA

- **PAS DEPANCHEMENT PERICARDIQUE**
- LA VALVE MITRALE EST NORMALE IM MINIME
- LA VALVE AORTIQUE /EST NORMALE
- L AORTE ASCENDANTE EST NLE
- LES CAVITES DROITES SONT DE TAILLE NORMALE
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG EST DE TAILLE NLE
- LA FE EST ESTIMEE A 70%

C/C

CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG EST NORMALE
LES PAROIS DU VG SONT NORMALES
LES CAVITES DROITES SONT NORMALES
PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
LES PRESSIONS DE REMPLISSAGE SONT NORMALES

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

ID:
DELFI, KAMILIA
--- NON PRÉCISÉ
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

04/01/2024 11:33:35
FC: 77 bpm
PR: 148 ms Non confirmé
QRSd: 78 ms
QT/QTc: 390/419 ms
QTcB: 441 ms
QTcF: 423 ms
R v5-6 /S v1 0,84/0,68 mV
Sok-Lyon: 1,52 mV
AXES: 64/28/39 °

