

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.

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.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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 :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

S : 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° P19-0036006

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1252 Société : RAM 6A585

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jafir M' HAMED

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 19 Rue Kacem amine Hay EL Kafda
Benedict

Tél : 0699 45 04 64 Total des frais engagés : 181 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2020

Nom et prénom du malade : JAFIR HAMED Age : 73

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

Nature de la maladie : N T H

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 : Benedict Le : 25/02/2021

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
10/12/2020	CS 4 ECG		750100D H	
	ECG 2 CARDIOGRAPHIE			

ICE: 001830229000079
IND: 061175584

DRAYOUBI HADJ
CARDIOLOGUE
80Rue Ibn Rochd
Bennechid
40000
Tél: 02 32 32 32 32

PR/2020 CS 2 ECG 750100D H
ECG 2 CARDIOGRAPHIE
ICE: 001630229000079
IND: 0611175584

ICE: 001830229000079

AYO
CARDINAL
80 Rue Ibn Rochd
Berrechid
dur 30 min
22 32

[illegible]

MOBILE ALABAMA
N.5. Residence Elkhart
Elkhart, Indiana
0522 9 62 88

[illegible][illegible]

34

.....

.....

.....

.....

.....

Year	Age	Age

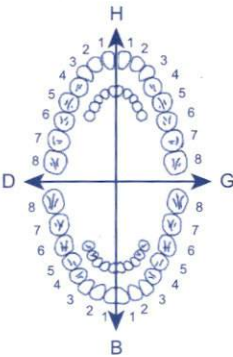
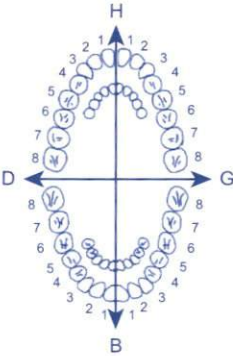
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

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

FIN
D'EXECUTION

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AY.OUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى وال هولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

20/12/2021

Tafu Ahmed



$$44,00 \times 8 = 352,00$$

- Cardiac 6, 25 (N°9)

$$35,70 \times 3 = 107,10$$



1 x 3 mm
Kardegic 160 N°1
2 x 3 mm
shatic 2n

$$159,50 \times 4 = 638,00$$

$$T = 1097,10$$

2 x 3 mm
Biphen 10/10
2 x 3 mm (N°4)

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

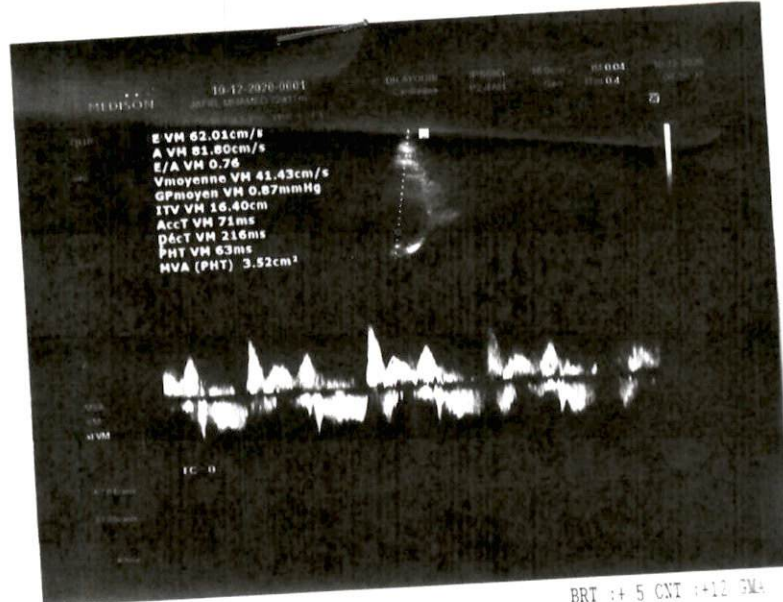
VENDREDI : 8h00 - 12h00

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

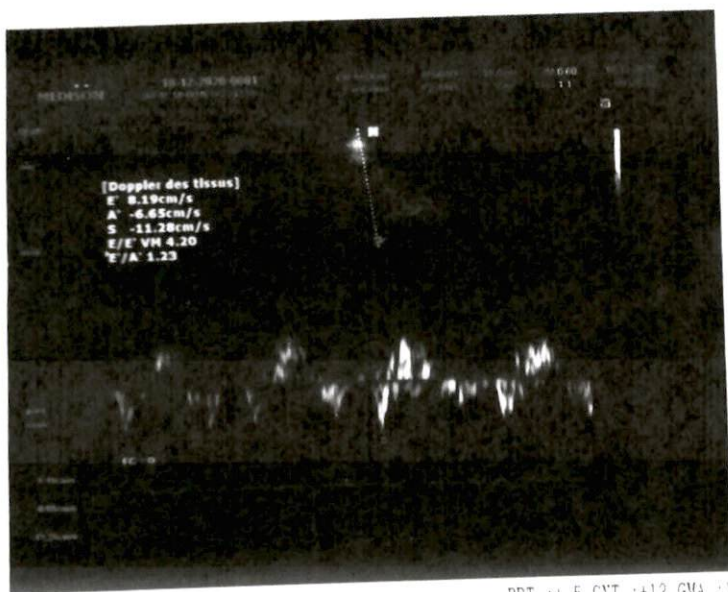
المستعجلات : 06 72 12 00 82



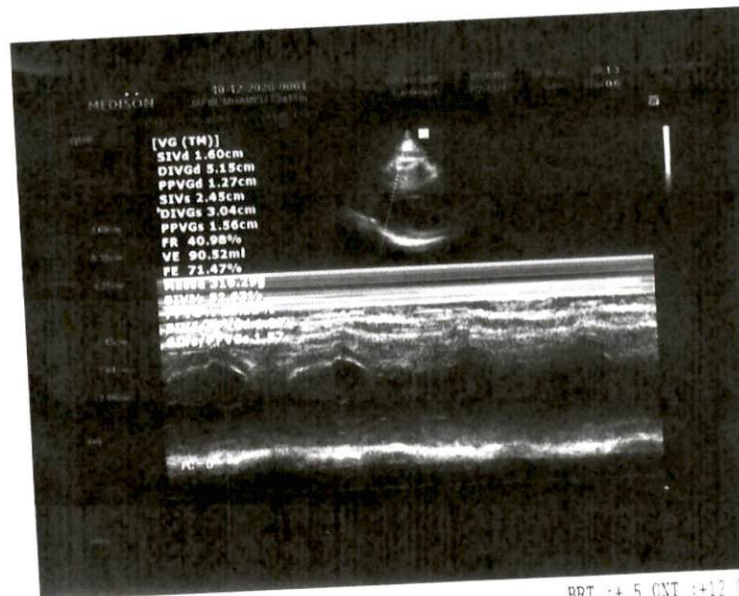
BRT :+ 5 CNT :+12 GMA :1



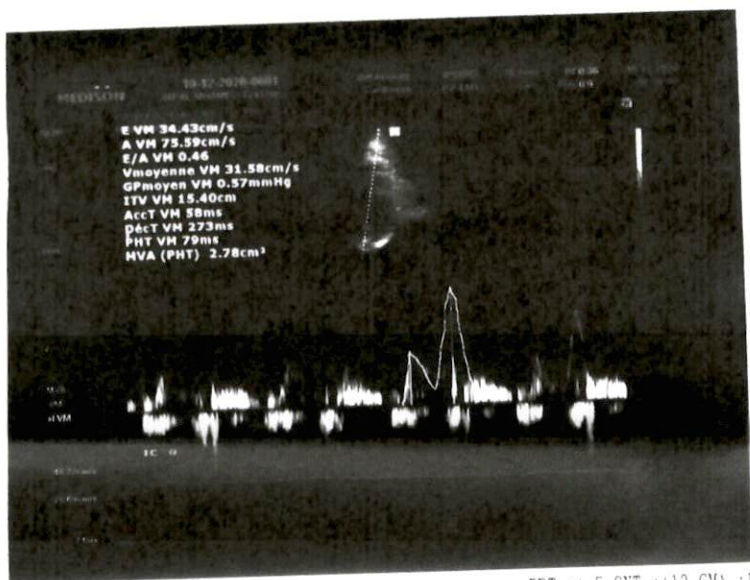
BRT :+ 5 CNT :+12 GMA :



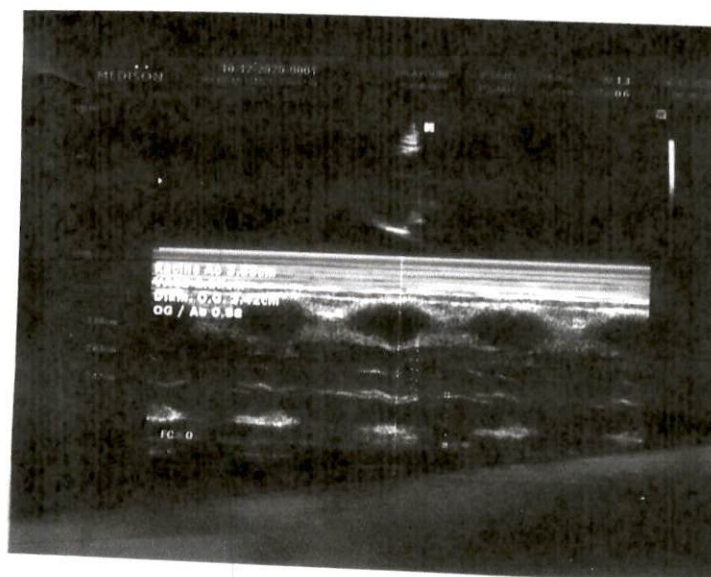
BRT :+ 5 CNT :+12 GMA :1



BRT :+ 5 CNT :+12 GMA :



BRT :+ 5 CNT :+12 GMA :1



BRT :+ 5 CNT :+12 GMA :



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Le 10/12/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	DR AYOUBI HASSAN CARDIOLOGUE 80 Rue IBN ROCHD Benrechi
	HT : 7 heures 30 min à 14 h Tél : 05 22 32 65 04
Certifie que Mlle, Mme, M :	Jabri N. Hamed
Présente	H. T. H.
Nécessitant un traitement d'une durée de:	3 mois
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue IBN ROCHD
Benrechi
HT : 7 heures 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 04

DR AYOUBI HASSAN

CARDIOLOGUE

80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

TEL : 0522326584 10/12/2020

ICE : 001830229000079
INP : 061175584

MR JAFIR MHAMED

CONSULTATION DE CARDIOLOGIE+ECG

ECHOCARDIO GRAPHIE

TOTAL 750.00DH


DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures à 14 h
Tél : 05 22 32 65 84

ECC

Tafir ALHANE

Dr AYOUBI Hassan
80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

Test :10-12-2020 08:43



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	484 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	530 ms
FC :	72 bpm	Axe P :	68.0°
Durée P :	192 ms	Axe QRS :	34.9°
Durée QRS :	139 ms	Axe T :	3.1°
Durée T :	315 ms	RV5/SV1:	1.40/0.00mV
Interval.PQ :	225 ms	RV5+SV1:	1.40mV

Suggestion :
RR à 72 bpm. T₀ en position
par d'ava.

[Signature]

Signature Médecin: