

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'Hayat
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° W21-722902

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0715 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHEKRONE Mohamed
 Date de naissance : 01-07-1948
 Adresse : 19 Rue Al Yasmine, Hay Erraha (Beauséjour) CASA
 Tél. : 06 71 54 38 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/08/22
 Nom et prénom du malade : BENCHEKRONE N
 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 : Le : 25/10/22

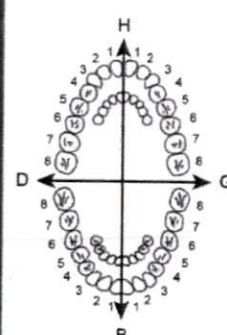
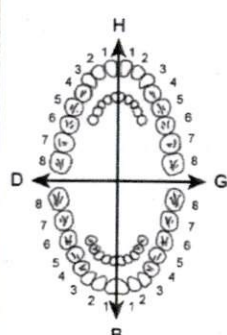
Signature de l'adhérent(e) :

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
26/1/21	cur		80	IMP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Des Dr ESSAADOUNI Yasmine Annasme-Beausejour 18 Rue Annasme-Beausejour - CASABLANCA Tél: 0522 36 26 32	26/08/22	525,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IMP : <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"/>															
								COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
									MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
										DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
											DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412							21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	G																				
	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'EXECUTION																		

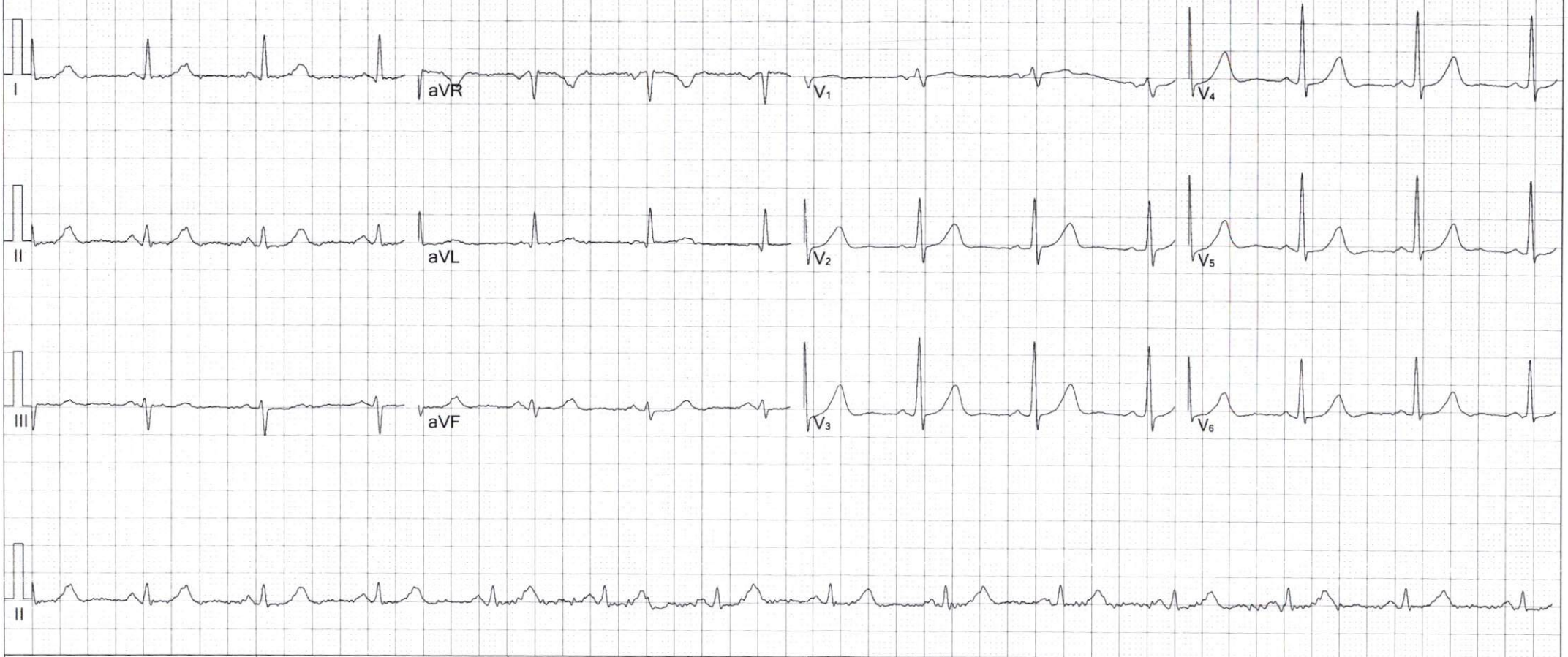
ECG

Cabinet De Consultation Et D'exploration Cardio Vasculaire Dr SEBTI Abdesselam

NOM: MED BENCHEKROUNE ID : Genre : Age : 0 DOB : 26-08-2022 Date of Test : 26-08-2022 11:59
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr SEBTI Abdesselam

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	397 ms
Durée Echantillon :	15 s	Intervalle QTc :	434 ms
FC :	72 bpm	Axe P :	61.5°
Durée P :	99 ms	Axe QRS :	3.0°
Durée QRS :	77 ms	Axe T :	42.0°
Durée T :	290 ms	RV5/SV1:	1.34/0.20mV
PQ Interval :	131 ms	RV5+SV1:	1.53mV

Suggestion :

Signature Médecin:

مركز تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرانين

Centre de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le

Handwritten signature

Handwritten signature

147.40x3

Handwritten note

41.80x2

Handwritten note

Handwritten note

Handwritten note

525.80

Handwritten signature

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
LOT: 21E014
P.P.V: 41DH80
FEB-09 2024
6 118000 010227

Dr. Abdesselam SEBTI
CARDIOLOGUE
33, Rue du Fermentex, Soudat Jounoucel
Bd, 11 Janvier CASABLANCA
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 37

PPV: 147DH40
PER: 06/24
LOT: L2020-2

PPV: 147DH40
PER: 04/24
LOT: L1376

PPV: 147DH40
PER: 06/24
LOT: L2020-2

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA AN

134 Rue Attabari 4^{ème} étage - الدار البيضاء

Tél : 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13

Email : centrecardiodrsebti@gmail.com