

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

- 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

M22- 0036749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356 Société : 146022
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAOUZER MOHAMED
 Date de naissance : 24-02-1942
 Adresse : TAMARIS ANFA 1 N° 138
 DARBOUAZZA
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BANCHAKOUNE DRIS
 Cardiologue Rythmologue
 193, Bd Oum Rabii Oulha - Casablanca
 Tél : 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 63
 Date de consultation : 22/12/2022
 Nom et prénom du malade : TAOUZER MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD
 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 : Casablanca

Le : 27/12/2022

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
27/12/22	ORAL		30700	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Océan Bay Dr. FILALI AOUAL Fouad 127, Ocean Bay Dar Bouazza	27.12.22	2962.6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

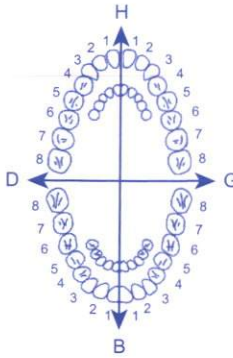
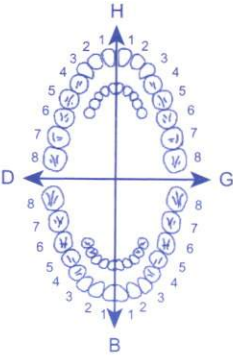
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
Diplômé en rythmologie de l'université de Bordeaux
Ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles
Ancien médecin de l'hôpital militaire de Rabat

دكتور بنشكرون ادريس

متخصص في أمراض القلب و الشرايين
متخصص في اضطرابات نبضات القلب
خريج كلية الطب بالرباط و بوردو (فرنسا)
طبيب سابق بمستشفيات بروكسل (بلجيكا)
طبيب سابق بالمستشفى العسكري (بالرباط)

CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

LOT 221039
EXP 07/2025
PPV 49.40DH

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque
trans-thoracique

Echographie cardiaque
trans-oesophagienne

Echographie doppler
vasculaire

Holter rythmique

Holter tensionnel

Epreuve d'effort

Rythmologie diagnostique
et interventionnelle

Implantation de pacemaker

Implantation de
défibrillateur

Electrophysiologie
endocavitaire

Exploration des troubles
du rythme cardiaque
et palpitations

ORDONNANCE

M. TAOUZER Mohamed

AMEP 5 mg : 1 comp x 2 par jour

BIPROL 2.5 mg : 1 comp par jour le matin

ELIQUIS 2.5 mg : 1 comp x 2 par jour

TAMBOCOR 100 mg : 1/2 comp x 2 par jour

(TRAITEMENT DE 03 MOIS / ne pas arrêter sans avis médical)

- Prochain RDV : 03 mois (le/...../.....)

27/12/2022

ELIQUIS 2.5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 170937

ELIQUIS 2.5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 170937

LOT: 22056 PER: 04/2027
PPV: 100,70 DH

LOT: 22056 PER: 04/2027
PPV: 100,70 DH

ELIQUIS 2.5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 170937

Pharmacie Ocean Bay
Dr. Driss BENCHAKROUNE
127, Ocean Bay Dar Bouazza

Dr. BENCHAKROUNE Dr.
Cardiologue - Rythmologue
193, Bd Oum Rabi, Oulfa - Casablanca
Tel: 07 77 04 78 68

193, bd Oum Rabi - 2ème étage - Oulfa - Casablanca

193 شارع أم الربيع - ولفا - البيضاء

(au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec)

Tel: 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp: 07 77 04 78 68

06 61 29 13 24

Email: driss.benchakroune@gmail.com



Poids 85 Kg

TA. 172/93

186/92

168/94

Dr BENCHAKROUNE Driss

Nom : TAOUZER MOHAMED Clini:

SN:0004310

Sexe :

Age :

ECG

Servi:

Cas:

Lit:

Date: 27/12/2022 10:52:59



03:14

25mm/s 10mm/mV

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	210 ms
Temps d'échantillon	205 s	Intervalle QT	450 ms
HR:	51 bpm	Intervalle QTc	415 ms
Intervalle P	84 ms	Axe P	-98,35°
Intervalle QRS	66 ms	Axe QRS	-13,90°
Intervalle T	276 ms	Axe T	-48,98°

Prompt:

Puls. totals 172, Rythme normal 164, SVE 6, VE 1.

RRS 2 48 a/s
 PR rate normal
 No ST-T changes
 Dr. B. Driss

Dr. BENCHAKROUNE Driss
 Cardiologue - Rythmologue
 193 Bd Oum Kabbajoula - Casablanca
 Tél. : 90 80 20 - 07 77 04 18 68

Signature du médecin :