

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

Voir dossier Maladie Chronique

Déclaration de Maladie

M22- 0020749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582 Société : 173444
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : el ouadi Mohamed
 Date de naissance : 2/01/16
 Adresse :
 Tél : 0623189803 Total des frais engagés : 29550 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 31/08/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/23	296,50

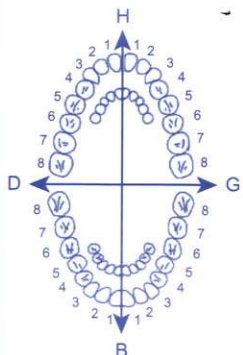
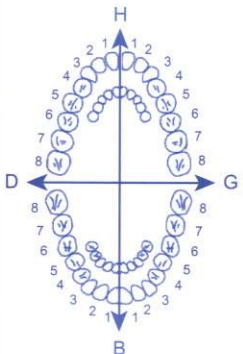
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									

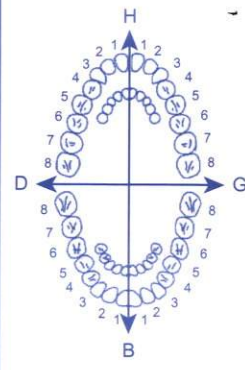
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

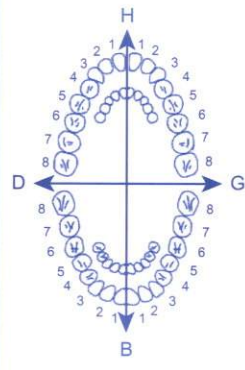
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					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		
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>		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

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque

trans-thoracique

Echographie cardiaque

trans-oesophagienne

Echographie doppler

vasculaire

24/07/2023

ORDONNANCE

M. EL OUARDI Mohamed

COVERAM 5/5 mg : 1 comp par jour le matin

KARDEGIC 75 mg : 1 sachet par jour au repas de midi

LD-NOR 10 mg : 1 comp par jour le soir

Epreuve d'effort

Rythmolog

et interver

LOT : 230055

EXP : 01/2026

PPV : 57.80DH

(TRAITEMENT DE 06 MOIS / ne pas arrêter sans avis médical)

- Prochain RDV : 06 mois (le 24.01.2024)

Implantation de pacemaker

Implantation de

défibrillateur

Electrophysiologie

endocavitaire

Exploration des troubles

du rythme cardiaque

et palpitations

PHARMACIE ANNASSIA
Bd Oued Daoura Lotissement
Habiba N°62/2 Oulfa casa
ICE : 002042097000024
Tel : 05 22 93 84 58

Driss BENCHAKROUNE
Cardiologue - Rythmologue
193 Bd Oum Rabi Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 84 58

PHARMACIE ANNASSIA
Bd Oued Daoura Lotissement
Habiba N°62/2 Oulfa casa
ICE : 002042097000024
Tel : 05 22 93 84 58

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



Casablanca le :

FACTURE N°: 1190

M. EL Ouardi Mohamed

[illegible]

Arrêtée la présente Facture à la somme de

crète la présente Facture à la somme de Deux cent quatre Vingt
De sept cent quatre-vingt