

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

- Reclamation : 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'H
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

M23-013609

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 483 Société : MUPRAS - RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENSOUNA MOHAMED
 Date de naissance : 01.01.1940
 Adresse : Rti ATTADAMOUNE CHERAM - RIE 2
 1975 No 5 OULFA CASABLANCA
 Tél : 05.22.89.50.77 Total des frais engagés : 1750.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/10/2023
 Nom et prénom du malade : ZERFI KHADIJA Age : 70 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : NOTA
 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 : CASA Le : 10/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. BENRAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
193, Bd Oum Rabii Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 6



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
10/10/23	CS + FEG		350,00	Dr. BENCHAKROUNE Nassir Cardiologue - Rythmologue 153, Bd Oum Rabi Oulfa - Casablanca Tél: 09 22 90 80 20 - 09 77 04 78 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAIB SARL - AU Dr. Zakaria SAIB 154, Bd Oued Daoud El Aghari - Oulfa Casa Tél: 05 22 91 16 54	10.10.23	1400,70

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 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 style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </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

UT.AV :

P.P.V. :

LOT N°: HL 0823

89120

طبيب سابق بالمستشفى العسكري - الرباط

CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

LOT : 230729
EXP : 05/2024
57,800H

10/10/2023

ORDONNANCE

Mme ZERRIFI Khadija

DEROXAT 20 mg : 1 comp par jour le matin

IRVEL 300 mg : 1 comp par jour le matin

AMLOR 5 mg : 1 comp par jour le matin

CARDIOASPIRINE 100 mg : 1 comp /jour au cours du repas de midi

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

OEDES 20 mg : 1 gelule par jour (au besoin)

Anxiol 6mg 1 comp le soir (au besoin)

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

- Prochain RDV : 03 mois (le 10.10.2024)

193, bd Oum Rabii - 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: 98 kg TA: 127/74 141/73 127/80

Dr BENCHAKROUNE Driss

Nom : ZERRIFI KHADIJA

Clini:

SN:0006902

Sexe :

Age :

ECG

Servi:

Cas:

Lit:

Date: 10/10/2023 15:57:11



02:05

25mm/s 10mm/mV

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	106 ms
Temps d'échantillon	137 s	Intervalle QT	340 ms
HR:	88 bpm	Intervalle QTc	406 ms
Intervalle P	106 ms	Axe P	39,56°
Intervalle QRS	128 ms	Axe QRS	-84,92°
Intervalle T	204 ms	Axe T	49,85°

Prompt:

Puls. totals156 ,Rythme normal154 ,SVE 1 ,VE 0 .

msz bloc bitamile

BBDC + NBAG + R mo p

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue

193, Bd Oum Rabii Oulfa - Casablanca

Tel. 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68

Signature du médecin :