

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.

**AS : 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

N° = 30716

## Déclaration de Maladie : N° S19-0004111

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01728 Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : GHOUANI Ned Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : LOT NASSIM GH3 P.07 AP 14 Nohau

Tél. : 06 78022492 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : GHOUANI Nedjemel Age : .....

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Nohammedia

Le : 30/06/2020

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

30/06/20	Cat B/C	300 DH		Dr. BENHACHT NOUZAÏE Cardiologue Bd Mohamed V, Res Al Hamd, Apt 8 Mohammedia - Tél: 0523310106
----------	---------	--------	--	---

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie BEN EL BASSRY Bd El Résistance Lot NASSIM GH9 Hammam Magasin 2 Mohammedia - Tél: 05 23 32 00 00	30-06-20	1312,20
---	----------	---------

# 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

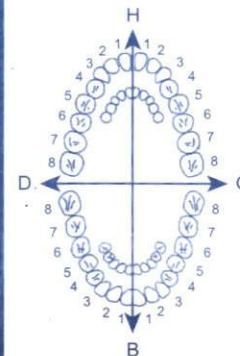
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

## 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

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

**Dr. BENHAMMACHT Nouzha**

**CARDIOLOGUE**

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

Exploration Cardio-Vasculaire

Hypertension Artérielle

Adulte - Enfant - Nourrisson



**الدكتورة بنهماشت نزهة**

**إختصاصية في أمراض القلب**

**والشرابيين**

**ارتفاع الضغط الدموي**

**الكبار - الأطفال - الرضع**

Mohammed, le

30/06/20

N° GHULANI No Hamma.

158.00 x 6 Co - Veyran Boul 12, 5

25.00 x 6

Zetrol .50

35.70 x 6

Karaczi 160

T. 13.12.20



Dr. BENHAMMACHT Nouzha  
Cardiologue  
Bd Mohamed V, Rés. Al Hamd, Etage 2  
Mohammedia - Tel: 06 23 31 01 06

شارع محمد الخامس، إقامة الحمد، الطابق الأول (المصعد) فوق البنك BMCE شقة 8 المحمدية

Bd Mohammed V, Résidence Al Hamd, Etage 2 (Ascenseur) au dessus de la banque BMCE, Appt 8

Mohammedia - Fix : 05 23 31 01 06 - Urgences : 06 48 20 31 00



158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

158,00

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 10/2022  
LOT 98050 4

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 10/2022  
LOT 98050 4

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 03/2023  
LOT 02040 1

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 03/2023  
LOT 02040 1

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 03/2023  
LOT 02040 1

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 03/2023  
LOT 02040 2

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 20E010  
PER : 09 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 20E009  
PER : 07 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 19E007  
PER : 04 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 20E012  
PER : 10 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 20E010  
PER : 09 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 20E012  
PER : 10 2021

TA = 13,7 FC = 63

Dr BENHAMMACHT Nouzha

**ECG**

Nom : EL GHOULAMIS MOHAMMED

Age : 70Y

Clinique N :

Section :

SN : 0010913

Case No. :

Lit No :

Date : 30/06/2020 12:42:26



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--	
HR:	--	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

Dr. BENHAMMACHT Nouzha  
Cardiologue  
Bd Mohamed V Res Al Hama, Apt 8  
Mohammadia - Tél: 0523310106

Signature Medecin :